

KEMI-TORNION AMMATTIKORKEAKOULU

SOSIAALI- JA TERVEYSALA

SEKSUAALISUUS HOITOTYÖSSÄ

Opas Länsi-Pohjan keskussairaalan osastoille 4A ja 5B

Opinnäytetyö

Kaisu Myllykoski & Minna Reis

Hoitotyön koulutusohjelma

Kemi 2012

TIIVISTELMÄ

KEMI-TORNIO AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysalan koulutusyksikkö
Hoitotyön koulutusohjelma

KAISU MYLLYKOSKI & MINNA REIS
SEKSUAALISUUS HOITOTYÖSSÄ
Opinnäytetyö 41 sivua 5 liitettä
Ohjaajat Satu Rainto & Pirjo Sonntag

20.4.2012

Asiasanat: Seksuaalisuus, Seksuaaliohjaus, Seksuaaliterveys

Hoitotyön tulee olla kokonaisvaltaista, mutta siitä voi unohtua seksuaalisuuden osa-alue. Hoitajan tulee kertoa potilaalle sairauksien ja lääkityksen vaikutuksesta seksuaalisuuteen. Potilaat toivovat hoitohenkilökunnan ottavan seksuaalisuuden puheeksi. Hoitotyön opinnoissa on vain sivuttu seksuaalisuutta ja sairauksien vaikutuksia siihen.

Tämän projektin tarkoitus oli tuottaa opaskansio aiheesta seksuaalisuus hoitotyössä. Oppaan tavoitteena on lisätä hoitohenkilökunnan valmiuksia käsitellä seksuaalisuutta potilaan kanssa. Projektin tuotoksena syntyneessä oppaassa käsitellään eri sairauksien ja lääkitysten vaikutusta seksuaalisuuteen, sekä seksuaalisuutta monikulttuurisuuden näkökulmasta. Oppaassa käsitellään seksuaalisuudesta puhumista ja jatko-ohjausta. Opas tulee käytettäväksi Länsi-Pohjan keskussairaalan osastojen 4A ja 5B hoitohenkilökunnalle.

Oppaan sisältö rakennettiin esikartoitus kyselyn pohjalta. Kysely tehtiin lomakekyselynä syksyllä 2011. Kyselyn vastaukset analysoitiin sisällönanalyysia käyttäen. Vastauksissa nousivat esille eri sairauksien, monikulttuurisuuden ja lääkityksen merkitys seksuaalisuuteen ja hoitotyöhön.

Oppaan aiheiksi esikartoituksen myötä nousivat monikulttuurisuus seksuaaliohjauksessa, sekä sydänsairauksien, muistihäiriöiden, aivoverenkiertohäiriöiden ja lääkkeiden vaikutus seksuaalisuuteen. Oppaaseen valittiin lisäksi aiheet syövän ja diabeteksen vaikutuksista seksuaalisuuteen, sekä seksuaalisuus ja seksuaaliohjaus.

ABSTRACT

KEMI-TORNIO UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Social Services and Health Care

Degree Programme in Nursing

KAISU MYLLYKOSKI & MINNA REIS

SEXUALITY IN NURSING

Bachelor's thesis 41 pages 5 appendices

Advisors Satu Rainto & Pirjo Sonntag

20.4.2012

Keywords: Sexuality, Sexualguidance, Sexualhealth

Nursing is a comprehensive concept, but sexuality is an area that can easily be forgotten. Nurses should explain to the patient the disease's and medications possible impacts to the area of patient's sexuality. Patients want nurses to broach sexuality. Nursing studies have only dealt superficially with sexuality and the effects of the disease to it.

The project's aim was to produce a guide about sexuality in nursing. The guide's goal is to increase nurses' capacities to deal sexuality with the patient. Result from the project evolved a guide, that deals with various diseases' and medications' affects to sexuality. It also deals sexuality from the perspective of multiculturalism. The guide handles discussing sexuality and further counselling. This guide is going to be used in wards 4A and 5B in Länsi-Pohja's central hospital.

Contents of the guide were constructed on the basis of a survey. Survey's questionnaire was made in autumn of 2011. The answers were analyzed using content analysis. The responses in questionnaire highlighted the relevance and importance of diseases, medication and multiculturalism in sexuality and nursing.

As results of a query, such themes as multiculturalism in sexual counselling, heart diseases', memory disorders', ischemic attacks' and drugs' influences on sexuality, were constructed to form independent topics for this guide. Cancer's and diabetes's influences are also discussed in this guide. In addition, sexuality and sexual counselling forms also independent topics in this guide.

1 JOHDANTO	5
2 SEKSUAALISUUS HOITOTYÖSSÄ	7
2.1 Seksuaaliohjaus	10
3 SAIRAUKSIEN VAIKUTUS SEKSUAALISUUTEEN	14
3.1 Syöpä ja seksuaalisuus	15
3.2 Sydän- ja verisuonitaudit ja seksuaalisuus	18
3.3 Diabetes ja seksuaalisuus	19
3.4 Aivoverenkiertohäiriöt ja seksuaalisuus	20
3.5 Dementia ja seksuaalisuus	21
3.6 Lääkkeet ja seksuaalisuus	22
4 PROJEKTIN TOTEUTTAMINEN	24
4.1 Projektin aineiston hankinta ja analysointi	26
4.2 Projektin tavoite ja tarkoitus	30
4.3 Projektin rajausta, liittymät ja organisaatio	30
4.4 Projektin tulosten ja prosessin arviointi	32
5 POHDINTA	33
5.1 Projektin eettinen pohdinta	35
5.2 Projektin luotettavuus	37
LÄHTEET	39
LIITTEET	42

1 JOHDANTO

Seksuaalisuus on tärkeä osa ihmisyyttä, eikä sairastuminen, ikääntyminen tai vammautuminen poista tätä elämän osa-aluetta. Seksuaalisuuden huomioon ottaminen on osa ammatillista ja kokonaisvaltaista hoitotyötä. (Ryttyläinen & Valkama. 2010, 7). Seksuaalisuus on laaja käsite ja koostuu monista eri tekijöistä. Hoitotyön tavoitteena on ihmisen kokonaisvaltainen hoito, mutta seksuaalisuus jää usein huomiotta ja muiden osa-alueiden varjoon (Apter, Väisälä, Kaimola 2006, 43). Magnan, Reynolds, Galvin 2005 tutkimuksessa kävi ilmi, että suurin osa hoitajista ei käytä aikaa seksuaalisuudesta puhumiseen (2005, 285). Aalto 2002 kuvaa, että sairaanhoitajat tarvitsevat tietoa seksuaalisuudesta, seksuaaliterveydestä ja sairauksien vaikutuksesta seksuaaliterveyteen. Lisäksi sairaanhoitajat tarvitsevat opastusta vuorovaikutustaidoissa käsitellessään sensitiivisiä aiheita. (2000, 54.)

Sairaudet vaikuttavat seksuaalisuuteen monien eri tekijöiden kautta. Sairastumisen jälkeinen itsetunnon lasku on hyvin tavallista. Itsetunto on tärkeä osa seksuaalisuutta, ja sen puuttuessa minäkuvan ja seksuaalisuuden eheytyminen hidastuu tai jopa estyy. (Iivanainen & Syväoja 2008, 359; Apter ym. 2006 282.) Suurin osa potilasta haluaisi puhua seksuaalisuuteen liittyvistä asioista hoidon aikana, ja he haluaisivat, että aloite tulisi hoitajilta tai lääkäriltä (Ryttyläinen & Valkama 2010, 131). Vaikka työntekijöiden taidot ja valmiudet seksuaalisuuden huomioimisessa vaihtelevat, kuuluu jokaisessa yksikössä pitää huoli kaikkien potilaiden mahdollisuudesta neuvontaan (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 72-73).

Seksuaalisuutta on käsitelty eri näkökulmista hoitotyön tieteellisissä julkaisuissa. Viime vuosina aiheesta on tehty muutamia tutkimuksia, ja lisäksi aiheesta on tehty myös opinnäytetöitä. Hautamäki-Lamminen, Lehto, Åstedt-Kurki, Kellokumpu-Lehtinen 2010 ovat todenneet potilaiden odotusten keskittyvän potilaslähtöisyyteen, ohjauksen suunnitelmallisuuteen ja ammatillisuuteen. (2010, 282, 285).

Nykypäivänä seksuaalisuudesta puhuminen on vapaampaa ja luonnollisempaa kuin ennen, ja seksuaalisuus tulee nykyään enemmän esille myös mediassa. Esimerkiksi homoseksuaalien oikeudet ja seksuaaliongelmien ovat olleet näkyviä aiheita mediassa. Erektiolääkkeiden markkinoille tulon myötä seksuaaliongelmista on alettu puhua julkisuudessa enemmän. Ihmiset tiedostavat nykyään seksuaalisuuden tärkeyden, ja kokevat sen luonnolliseksi osaksi kokonaisvaltaista terveyttään. Näin ollen seksuaalisuuden huomioiminen on tullut tärkeämmäksi huomioida osana hoitotyötä. Sosiaali- ja terveysministeriön toimintaohjelmassa on määritelty seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen tavoitteet ja toimenpiteet vuosille 2007 - 2011. Toimintaohjelman yksi 14:sta aihekokonaisuudesta käsittelee seksuaaliterveyteen liittyvää neuvontaa. Ohjelman tavoitteena on liittää seksuaaliterveyteen liittyvä neuvonta osaksi peruspalveluja, ehkäisevää työtä sekä sairaanhoitoa. Ohjelman mukaan jokaisessa terveyskeskuksessa tulee olla käytettävissä seksuaalineuvojakoulutuksen saanut työntekijä, ja sairaanhoitopiirin palveluksessa tulee olla erikoiskoulutuksen saaneita henkilöitä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 3.)

Aihe projektille syntyi hoitotyön oppitunnilla, jossa opettaja mainitsi seksuaalisuuden sairauteen liittyen. Hoitotyön opinnoissa on vain sivuttu seksuaalisuutta, joten projekti aiheeseen liittyen tuntui tarpeelliselta ja ajankohtaiselta. Lisäksi aihe kiinnosti molempia projektin tekijöistä. Projektin tarkoituksena oli tehdä opaskansio seksuaalisuudesta hoitotyössä Länsi-Pohjan keskussairaalan osastoille 4A ja 5B. Osastot 4A ja 5B valittiin, koska osastojen potilailla on paljon pitkäaikaissairauksia, joilla usein on vaikutusta seksuaalisuuteen. Projektissa käsitellään seksuaalisuuden käsitettä, seksuaalisuutta hoitotyössä ja sairauksien vaikutuksia seksuaalisuuteen. Opas on tarkoitettu käytettäväksi hoitotyön tukena. Ennen oppaan kokoamista tehtiin esikartoitus osastojen hoitohenkilökunnalle, ja sen pohjalta rakensimme oppaan sisällön.

2 SEKSUAALISUUS HOITOTYÖSSÄ

Selkeää määritelmää seksuaalisuudelle ei ole olemassa, vaan eri tieteenalojen edustajat, tutkijat, työryhmät ja asiantuntijat ovat esittäneet oman näkemyksensä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2000, 213). Kuitenkin tiedämme, että seksuaalisuuden käsite on moniulotteinen. Seksuaalisuus on jokaisen ihmisen perusoikeus, tarve ja olennainen osa ihmisyyttä, hyvinvointia, elämänlaatua ja terveyttä. Seksuaalisuuteen katsotaan kuuluvan hellyys, yhteenkuuluvuus, läheisyys, fyysinen tyydytys, avoimuuden ja turvallisuuden tunne. Kaikki nämä perustarpeen elementit ovat olennainen osa ihmisen kokonaisvaltaista terveyttä ja hyvinvointia. Seksuaalisuus heijastaa elämän tarkoitusta ja jatkuvuutta. Se muovautuu koko ihmisen elämän ajan. Seksuaalisuus ilmenee monin eri tavoin, kuten biologisena sukupuolena, sukupuoli-identiteettinä ja -roolina, seksuaali-identiteettinä, erotiikkana, mielihyvinä ja lisääntymisenä. Psyykkisellä tasolla seksuaalisuus ilmenee rakkautena ja hellyytenä. (Ryttyläinen & Valkama. 2010, 11 - 12.) Seksuaalisuuteen voi liittyä seksiä, mutta se ei ole edellytys seksuaalisuudelle (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 35).

Seksuaalisuus voidaan jakaa kolmeen ulottuvuuteen; biologiseen, psykologiseen ja sosiokulttuuriseen. Biologinen ulottuvuus käsittää sukupuolen, lisääntymisen, seksuaalinen kiihottumisen ja reagoinnin, fyysisen ulkonäön, kasvun ja kehityksen. (Ryttyläinen & Valkama. 2010, 13.) Seksuaalisuus on sidoksissa kehoomme. Kehomme toimii monien hormonien avulla, joista osa toimii oleellisena osana seksuaalisen mielihyvin ja halun syntymistä. Kehon fysiologiset toiminnot eivät kuitenkaan yksistään selitä seksuaalisuutta, rakkautta, halua ja himoa. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 36.) Psykologinen ulottuvuus käsittää kokemukset, opitut asenteet, minä- ja kehonkuvan ja motivaation. Sosiokulttuuriseen ulottuvuuteen kuuluu lait, uskonto, kulttuuri, media lähipiiri ja eettisyys, johon kuuluu ihmisen ihanteet, moraalikäsitykset ja arvot. (Ryttyläinen & Valkama. 2010, 13; Sosiaali- ja terveysministeriö 2000, 216)

Seksuaaliterveys määritellään seksuaalisuuden fyysisenä, emotionaalisena, psyykkisenä ja sosiaalisena hyvinvoinnin tilana, jossa ei ole kyse vain sairauden tai toimintahäiriön

puuttumisesta. Seksuaaliterveyttä edistettäessä ollaan tekemisissä elämäntyylien, seksuaaliroolien ja ihmissuhteiden kanssa. Hyvään seksuaaliterveyteen kuuluu positiivinen ja kunnioittava asenne seksuaalisuuteen ja seksuaalisiin suhteisiin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 185.) Seksuaalisesti eheä ihminen kokee seksuaalisuutensa miellyttävänä ja pystyy toteuttamaan seksuaalisuuttaan ilman syyllisyyttä ja ahdistusta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2000, 217). Usein seksuaaliterveyden tukeminen ei vaadi merkittäviä toimenpiteitä, vaan huomaavaisuutta ja esimerkiksi sitä, että mahdollistaa potilaalle läheisen ihmisen läsnäolon. Hyväksymällä potilaat miehenä tai naisena, sekä kunnioittamalla yksilöllisyyttä ja yksityisyyttä hoitajat voivat edistää seksuaaliterveyttä. Rohkaisemalla potilasta hyväksymään itsensä sellaisena kuin hän on hoitaja voi kohottaa potilaan itsetuntoa. (Aalto, 2002, 58 - 59)

Hoitotyössä ihminen tulee kohdata kokonaisvaltaisesti. Tästä kokonaisuudesta jää kuitenkin usein pois seksuaalisuuden osa-alue, koska siitä ei puhuta ja se jää muiden hoitotyön osa-alueiden varjoon. (Apter, Väisälä, Kaimola. 2006, 43.) Vaikka työntekijöiden taidot ja valmiudet seksuaalisuuden huomioimisessa vaihtelevat, kuuluu jokaisessa yksikössä pitää huoli kaikkien potilaiden mahdollisuudesta neuvontaan. Työyksiköissä on tärkeää olla kirjallinen suunnitelma siitä, miten seksuaalisuus otetaan puheeksi potilaan kanssa ja millaiset arvot ja päämäärät työllä on. Työryhmän tulee miettiä yhdessä, miten asiakkaiden seksuaalisuus näyttäytyy omassa työssä ja millaisia vaikutuksia eri osastoilla, lääkityksellä, sairaudella tai vammalla on asiakkaan seksuaalisuuteen. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 72 - 73.) Aallon tutkimuksen mukaan seksuaalikysymyksiä tulee käsitellä aina kun sairauden, hoidon, tai lääkityksen voi arvella aiheuttavan häiriötä minäkuvalle tai seksuaalisuudelle (2002, 53).

Esko-Asikaisen 2000 tutkimuksessa kävi ilmi, että 90 prosenttia vastaajista piti seksuaalisuutta voimavarana, sekä merkitykseltään elämää rikastuttavana ja arjesta irrottavana asiana. Kolme neljästä vastaajasta katsoi, että seksuaalisuus kuuluu myös sairaalassa potilaan elämään. (2000, 93,95.) Vaikka hoitajat katsovat potilaiden seksuaalisuuden huomioimisen kuuluvan osana työtänsä, vain harva hoitaja ottaa sen puheeksi potilaan kanssa. Useimmiten hoitajat pitävät seksuaalisuutta potilaan

yksityisasiana, ja olettavat että potilas ei halua puhua siitä. Suurin osa potilasta haluaisi kuitenkin puhua seksuaalisuuteen liittyvistä asioista hoidon aikana, ja he haluaisivat, että aloite tulisi hoitajilta tai lääkäriltä. (Ryttyläinen & Valkama. 2010, 131, 137.) Sosiaali- ja terveysministeriön seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelmassa vuosille 2007 - 2011 on suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstön osaamisen kehittämiseksi. Toimintasuunnitelman tavoitteena on sisällyttää sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstön peruskoulutukseen seksuaaliterveyden perusteet, ja lisääntymisterveyden edistämisen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 3.)

Hoitajan ammattitaitoon kuulu kyky kohdata potilaan seksuaalisuus, ja omata valmiudet puhua siitä potilaan kanssa. Jotta hoitaja kykenee kohtaamaan potilaan kokonaisvaltaisesti, on hoitajan kyettävä käsittelemään myös omaa seksuaalisuuttaan. Hoitajan tulisi pysähtyä pohtimaan sitä, miten hän itse kokee seksuaalisen moninaisuuden, kuten homoseksuaalisuuden ja ikääntyvien seksuaalisuuden. On tavallista, että hoitaja kykenee käsittelemään seksuaalisuutta potilaan kanssa saman verran kuin hän kykenee käsittelemään omaa seksuaalisuuttaan. Hoitajan oma vaivautuneisuus näkyy vuorovaikutuksessa potilaan kanssa. (Ryttyläinen & Valkama. 2010, 133.) Hoitajan ammatillisuuteen kuuluu omien rajojen tunnistaminen ja taito hankkia tarvittaessa lisätietoa ja koulutusta (Apter ym. 2006, 45). Potilaan ja hänen tarpeensa ymmärtämiseksi hoitaja voi joskus tarvita apua. Harvoin on olemassa yhtä ainoaa tapaa toimia, ja toivottuun lopputulokseen voi olla monia erilaisia ratkaisukeinoja. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 72.)

Työssään hoitaja toimii elämäkokemuksensa, ihmiskuvansa, koulutuksen ja omaksumansa ammatillisuuden pohjalta. Kokemukset siitä, mikä lapsuudesta lähtien on koettu luvalliseksi, miellyttäväksi, kielletyksi tai hävettäväksi vaikuttavat yksilön käytökseen ja siihen, miten suhtautua seksuaalisuuteen. Asenteet ja uskomukset opitaan huomaamatta kodin ja ympäristön ilmapiiristä. (Apter ym. 2006, 43.) Mikäli hoitaja ei tunnista omia asenteitaan, hän saattaa vuorovaikutussuhteessa jopa olla esteenä seksuaalisuudesta puhumiselle. Potilaan on hyvin vaikea kysyä seksuaalisuuteen liittyvistä asioista, jos hän huomaa hoitajan suhtautuvan negatiivisesti hänen

valintoihinsa. (Ryttyläinen & Valkama. 2010, 133 - 134.) Hoitajan työhön vaikuttaa paljon työympäristön normit ja suhtautuminen seksuaalisuuden osuuteen hoitotyössä (Vilkkä. 2010, 85).

2.1 Seksuaaliohjaus

Seksuaaliohjaus pohjautuu ammatillisen vuorovaikutukseen asiakas ja potilastyössä. Sen keskeisiä alueita on seksuaalisuuteen ja sukupuolisuuteen liittyvät kysymykset. (Apter ym. 2006, 41.) Seksuaaliohjaus on tavoitteellista, tilannekohtaista, hoitotilanteissa tapahtuvaa ja hoitotyöntekijöille kuuluvaa. Seksuaaliohjauksessa oleellisia tekijöitä ovat tiedon antaminen sekä potilaan seksuaalisuuden hyväksyminen. Hyvässä seksuaaliohjaus tilanteessa huomioidaan hoitotyön eettisyys ja ammatillisuus, sekä noudatetaan hoitotyön periaatteita. Työskentelyssä voi apuna käyttää erilaisia malleja. (Ryttyläinen & Valkama. 2010, 142) Seksuaalisuuteen liittyy myyttejä ja syyllisyyttä, joiden puheeksiottaminen potilaan kanssa, ja niiden korjaaminen keskusteluissa on tärkeää. Näin luodaan realistisia ajatuksia seksuaalisuudesta ja sen toteuttamisesta. (Esko-Asikainen, 2000, 97.)

Magnan, Reynolds, Galvin 2005 mukaan suurin osa hoitajista oli sitä mieltä, että luvan antaminen potilaalle puhua seksuaalisuudesta on hoitajan velvollisuus. Kuitenkin hoitajat luulivat, että potilaat eivät odota hoitajan ottavan seksuaalisuutta puheeksi. Hoitajat kokivat, että seksuaalisuus on tärkeä alue potilaan terveyttä, mutta olivat epävarmoja siitä, kumman tulee ottaa seksuaalisuus puheeksi hoitajan vai potilaan. Seksuaalisuus saatetaan mieltää potilaan yksityisasiaksi, ja hoitaja pelkää loukkaavansa potilasta, mikäli kysyy seksuaalisuuteen liittyvistä asioista. Usein ajatellaan, että potilasta ei sairastumisensa keskellä edes kiinnosta seksiin liittyvät asiat. (2005, 285; Ryttyläinen & Valkama 2010, 137 - 138.)

Potilaalta seksuaalisuuden käsittely edellyttää, että suhde sairauteen ja sen vaikutus elämään on selvitetty. Hoitajan tulee mahdollistaa näiden asioiden käsittely potilaalle. (Aalto 2002, 54.) Hoitaja jää usein odottamaan aloitetta potilaalta. Ammatillisuuteen kuitenkin kuuluu rohkeus ottaa asiat puheeksi, ja ikään kuin luvan antajan roolin ottaminen seksuaalisuudesta puhumiselle. (Apter ym. 2006, 43.) Aloitteena keskustelulle seksuaalisuudesta voi toimia leikinlasku, opaslehtinen, potilaan kysymys tai vihje (Aalto 2002, 53). Kaikille ajatuksille ja tunteille ei löydy sanoja, mutta aina voi kysyä miltä toisesta tuntuu. Vastauksen kuuntelemiselle on oltava aikaa ja kykyä kuulla vastaus. Seksuaalisuudesta puhuminen potilaan kanssa voi parhaimmillaan lieventää potilaan huolta, ahdistusta, kipua ja särkyä, ja voi siten myös vähentää tarvetta oireiden hoidolle ja toimenpiteille. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 71.) Seksuaalisuudesta puhuttaessa on hyvä käyttää avaavia tai avoimia kysymyksiä. Avoimia kysymyksiä ovat esimerkiksi; mikä, miten, miltä tai milloin alkuiset kysymykset. Avoimet kysymykset antavat mahdollisuuden vastata sulkematta pois eri vaihtoehtoja, eivätkä ne rajoita vastaamaan ennalta annettujen vaihtoehtojen mukaan. (Ryttyläinen & Valkama 2010 139 - 140.)

Tavat lähestyä potilasta ja hänen seksuaalisuuteen liittyviä asioita vaihtelevat työntekijöiden mukaan (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 72). Sairaalassa ollessaan potilaat toivovat hoitajien keskustelevan heidän kanssaan seksuaalisuudesta ja siihen liittyvistä kysymyksistä (Aalto 2002, 53). Ammatilainen tarvitsee herkkyyttä tunnistaa ja aistia tilanteita, tunnelmia ja potilaan non-verbaalista viestintää. Työntekijän tehtävä on tuoda potilaalle ajantasainen tieto asiallisesti, ja potilaalle sopivalla tavalla. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 72.)

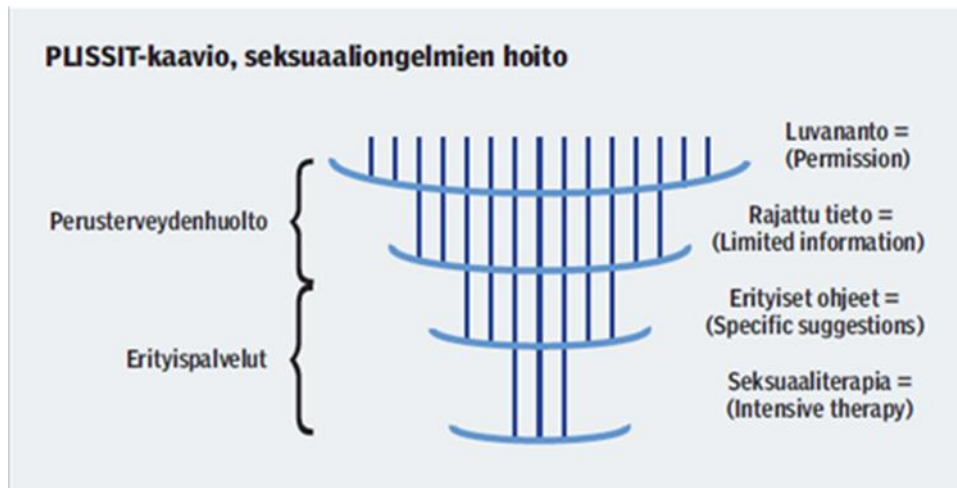
Suomesta on tullut *monikulttuurinen*, ja tämä tarkoittaa uusia haasteita hoitohenkilöstölle. Vuonna 2006 suomessa asui noin 130 000 maahanmuuttajataustaista ihmistä, ja he edustivat 156:ta eri kansalaisuutta. Maahanmuuttajilla voi olla erilainen näkemys kehosta, sairaudesta ja seksuaalisuudesta. Lisäksi Suomessa on uskonnollisia yhteisöjä, joilla on erilainen käsitys seksuaalisuudesta. Seksuaalisuus on yleensä kulttuurista riippumatta mielletty yksityiseksi ja intiimiksi asiaksi. (Apter ym. 2006 77; Kristoffersen & Nortvedt & Skaug 2006, 249; Ryttyläinen & Valkama 2010, 200.)

Seksuaalisuutta koskevat käsitykset ovat oman kulttuurin ja identiteetin ydin. Käsitykset sukupuolesta ja seksuaalisuudesta voivat vaihdella eri kulttuurien välillä. On huomioitava, että työntekijällä ja potilaalla on haastavaa kohdata vieraan kulttuurin nostamia pelkoja ja epätietoisuutta. Tätä kohtaamista helpottaa, kun hoitaja ymmärtää että olemme ensisijaisesti ihmisiä joilla on tarpeita ja toiveita, ja jokaista potilasta kunnioitetaan. Hoitajan avoin ja kunnioittava suhtautuminen eri kulttuureihin on tärkeää. (Apter ym. 2006. 77, 79.) Kaikissa kulttuureissa lääkäreillä ja hoitajilla on erityisoikeus lähestyä potilasta, ja hoitotyöhön kuuluu kohdella kaikkia potilaita tasavertaisesti (Brusila 2008. 9).

Yhteisen kielen puuttuminen vaikeuttaa seksuaalisuudesta puhumista. Yhteisen kielen puuttuessa hienotunteinen ja kulttuurilähtökohtia kunnioittava lähestyminen auttaa hoitomyöntyvyyttä. (Kristoffersen & Nortvedt & Skaug. 2006, 249; Brusila 2008, 9.) Tulkkia tulee käyttää, mikäli on epäilyksia että potilas ei ymmärrä tärkeitä hoito-ohjeita, tai koska hän ei ymmärrä mitä tapahtuu. Tulkkia käytettäessä tulisi huomioida, että tulkki on samaa sukupuolta kuin potilas, ja että lapsi tai muu sukulainen ei sovi tulkiksi. Keskusteluun seksuaalisuuteen liittyvistä asioista tulee varata riittävästi aikaa, koska kaikissa kulttuureissa ei ole sanoja seksuaalisuuteen liittyville asioille. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 200.)

Seksuaalineuvontaa voidaan jäsentää **PLISSIT**- kaavion (KUVA 1) avulla. Siinä on neljä tasoa, jotka kuvaavat seksuaalineuvonnan eri lähestymistapoja. Kaksi ensimmäistä tasoa eli tiedon ja luvan antaminen ovat perustasoa jota tarjoaa perusterveyden huolto ja sosiaalitoimen peruspalvelut. Ensimmäisellä tasolla on eniten asiakkaita, koska suuri osa asiakkaista tarvitsee luvan omaan seksuaalisuuteensa. Toiselle tasolle ohjataan ne asiakkaat jolle luvan antaminen ei riitä vaan hän tarvitsee tietoa omasta seksuaalisuudesta ja sen ilmaisemisesta. Mikäli näistä perustason palveluista ei ole riittävää apua, ohjataan asiakas eteenpäin erityispalveluiden piiriin. Kaksi viimeistä tasoa eli erityisohjeiden antaminen ja intensiivisen terapian antaminen ovat erikoispalveluita ja niitä antavat siihen koulutetut seksuaaliterapeutit. Erityisohjeiden antamisella tarkoitetaan esim. elämäntapaan tai vuorovaikutukseen liittyviä ohjeita. viimeisellä

tasolla tarjotaan Intensiivi-terapiaa niille asiakkaille joille aiemmat palvelut ovat olleet riittämättömiä.



KUVA 1 PLISSIT-kaavio (Väisälä 2011)

Mick, Hughes ja Cohen ovat vuonna 2004 kehittäneet **BETTER**-mallin syöpäpotilaiden seksuaalisuuden tukemiseksi, mutta sitä voi käyttää myös muiden sairauksien yhteydessä. BETTER-malli sisältää kuusi eri kohtaa. **Bring up the topic**-osiossa seksuaalisuus otetaan puheeksi potilaan kanssa. **Explain**-osiossa potilaalle kerrotaan että työnkuvaasi kuuluu puhua myös seksuaalisuuteen liittyvistä asioista ja vaikka et pystyisi vastaamaan kaikkiin kysymyksiin, potilaalle ilmaistaan että hän voi kertoa kaikista huolenaiheista sinulle. **Tell**-osiossa kerrotaan potilaalle, että hankit tarvittavat tiedot huolenaiheiden käsittelemiseksi. **Timing**-osiossa Arvioidaan keskustelun ajoitusta, ja kerrotaan potilaalle että hän voi kysyä seksuaalikysymyksistä milloin tahansa sinulta. **Educate**-osiossa ohjataan potilasta sairauden ja hoitojen vaikutuksista seksuaalisuuteen. Viimeisessä osiossa, eli **Record**-osiossa kirjataan arviointi ja toiminta potilasasiakirjaan. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 139.)

3 SAIRAUKSIEN VAIKUTUS SEKSUAALISUUTEEN

” Sairastuminen vakavaan tai pitkäaikaiseen sairauteen ei poista seksuaalisuutta, mutta sen merkitys ja ilmenemismuodot saattavat muuttua. Ihminen on seksuaalinen sairaanakin ja tarvitsee silloin erityisen paljon läheisyyttä ja hellyyttä. ” (Kellokumpu-Lehtinen, Väisälä, Hautamäki 2003, 237).

Vakava sairastuminen saa aikaan ihmisessä yksilöllisen kriisireaktion, jonka kesto ja ilmeneminen vaihtelevat tilanteen vakavuuden ja yksilön persoonan mukaan. Johan Cullbergin kehittämän kriisiteorian mukaan sokkivaiheessa raivo, suru, hätä, hämmennys, tunteettomuus, järkeistäminen ja tapahtuneen kieltäminen vaihtelevat. Sokkivaiheen jälkeisessä reaktiovaiheessa pyritään mieltämään tapahtunutta, käsittelemään tunteita ja kohtaamaan todellisen tilanteen. Kriisin sokki- ja reaktiovaiheessa ihmisen elämä ja tulevaisuus voivat olla suuressa myllerryksessä, eikä seksuaalisuuteen ja seksiin liittyvät kysymykset tule mieleen. Sokki- ja reaktiovaiheessa ajatukset seksuaalisuudesta liittyvät enemmän käytännön asioihin, kuten kumppanin menettämiseen tai suhteiden solmimisen estymiseen. Mieltä askarruttavia asioita voivat olla myös esimerkiksi nautintokyvyn menettäminen, erektiokyvyn menettäminen, hedelmättömyys, ja orgasmikyvyn menettäminen. Naiseuteen ja mieheyteen liittyvät laajemmat kysymykset tulevat yleensä myöhemmin. Joskus seksuaalisuuteen ja minäkuvaan liittyvät asiat voivat kuitenkin nousta nopeastikin merkityksellisiksi aiheiksi potilaalle. Seksuaalisuuden huomioiminen heti alkutilanteessa on tärkeää etenkin silloin, kun on kyse sairaudesta tai vammasta seksuaalisella alueella, ja kun henkilön minäkuva ja seksuaalitoiminnot ovat uhattuna. (Apter ym. 2006, 281 - 282.)

Sairastuneen seksuaalinen kiinnostus ja aktiivisuus voi laskea sairauteen ja seksuaalisuuteen liittyvien väärinymmärrysten takia. Kroonista sairautta sairastavilla on usein vaikeuksia seksuaalitoiminnoissa, mutta hyvin harva krooninen sairaus vaatii seksuaalisesta kanssakäymisestä kieltäytymistä. Kroonisissa sairauksissa seksielämää tulee kuitenkin muuttaa sairauteen mukautuvaksi. (Nusbaum & Hamilton & Lenahan 2003, 347.) Sairaudet vaikuttavat seksuaalisuuteen monien eri tekijöiden kautta. Näitä

tekijöitä ovat ulkomuodon muutokset, hormonitoiminnan muuttuminen, haluttomuus, väsymys, pitkäaikainen kipu, henkinen rasitus, mielialan muutokset, muutokset minäkuvassa, parisuhteen muuttuminen ja häiriöt toiminnallisuudessa. (Iivanainen & Syväoja 2008, 359.)

Sairastumisen jälkeinen itsetunnon lasku on hyvin tavallista. Itsetunto on tärkeä osa seksuaalisuutta, ja sen puuttuessa minäkuvan ja seksuaalisuuden eheytyminen hidastuu tai jopa estyy. Asiakkaan itsetunnon tukeminen ja positiivisen kehonkuvan luominen on erittäin tärkeää. Vaikeissa tilanteissa on tarpeellista ohjata asiakas terapiaan. Sairastumiseen ja vammautumiseen liittyy paljon pelkoja ja pettymyksiä, joista tulisi puhua. Ne eivät poistu vaikenemalla. (Apter ym. 2006, 282 - 283.)

3.1 Syöpä ja seksuaalisuus

Syövän hoito on yksilöllinen ja monimuotoinen kokonaisuus, jossa voidaan käyttää leikkausta, sädehoitoa ja lääkehoitoa. Kaikilla näillä hoidoilla on vaikutus seksuaalisuuteen. Leikkaus, sädehoito ja lääkehoito ovat kaikki henkisesti ja fyysisesti rankkoja, joten ajatukset seksuaalisuudesta voivat olla kaukaisia. Seksuaalinen haluttomuus on syövän ja sen hoitojen yleinen sivuvaikutus. Haluttomuus on luonnollinen osa sairastumista elimistön voimavarojen keskittyessä toipumiseen. (Rosenberg 2007, 17.)

Syövän vaikutukset seksuaalisuuteen ovat monimuotoisia. Katja Hautamäki-Lammisen, Pirkko Kellokumpu-Lehtisen, Juhani Lehdon, Pirjo Aallon ja Merja Miettisen tekemässä tutkimuksessa syöpäpotilaiden kuvaamia muutoksia olivat kielteinen minäkuva, häpeä kehon muutoksista, rakasteluhaluhen hiipuminen, väsymys, erektio- ja kostumisongelmat sekä kivuliaisuus. Syövän tuomat muutokset ovat ikävinä koettuja, mutta niihin voi liittyä myös myönteisiä asioita. Positiivisina kokemuksina potilaat kokivat mm. uudenlaisen nautinnon omasta seksuaalisuudesta, oman ainutkertaisuuden

vahvistumisen, apuvälineiden tuoman ilon ja uudet kokemukset. Lähes puolet potilaista koki parisuhteensa parantuneen lisääntyneen keskustelun, tuen ja puolison huomioon ottamisen myötä. Seksuaalisuuden alueista kumppanuuden, hellyyden ja läheisyyden lisääntymisen koettiin syventäneen parisuhdetta. (2008, 158 - 160)

Syöpäleikkaus on yleensä iso toimenpide, ja toipuminen voi viedä pitkän ajan. Haavakipu, huono kunto, väsymys ja huoli siirtävät seksin taka-alalle. Toipumisen jälkeen seksuaalisuuteen liittyvän ongelman aiheuttaa leikkauksen tuoma muutos, joka vaikuttaa sisäiseen ja ulkoiseen minäkuvaan. Vaikutus minäkuvaan on sitä merkittävämpi, mitä lähempänä muutos on seksuaalisuuteen liittyviä alueita, ja mitä näkyvämpi se on. Sukupuolielinten ja lantion alueelle tehty leikkaukset voivat vaikuttaa merkittävästi myös seksitoimintoihin. Esimerkiksi suurissa lantion alueen leikkauksissa saattaa katketa sukupuolielimiin johtavia hermoja, josta seuraa tuntupuutosta, kostumis- ja erektiohäiriöitä, sekä virtsanpidätyskyvyttömyyttä. Gynekologisten syöpien leikkauksissa sivuvaikutuksena voi olla kivulias yhdyntä. Yhdyntäkivut johtavat jännittämiseen ja usein naisen kieltäytymiseen yhdynnästä. Liukuvoiteen käyttö helpottaa jonkun verran yhdyntäkipua, mutta paras keino on oikean yhdyntäasennon löytäminen. Kipukohta on useimmiten emättimen takapohjukassa, jolloin peniksen työntyminen syvälle sattuu. Emättimessä voi olla myös kipukohtia, joita välttämällä yhdyntä voi onnistua jopa kivutta. (Rosenberg 2007, 18; Apter ym. 2006. 293.)

Sädehoidossa sädetettävä alue pystytään rajaamaan entistä tarkemmin ja sukupuolielimet ja hedelmällisyys turvaamaan, mutta alavatsalle annettavan sädehoidon seuraukset voivat olla merkittäviä. Kivesten alueelle osuva sädehoito vähentää siittiöiden tuotantoa ja hedelmöittämiskykyä. Naisilla hoito voi aiheuttaa kuukautisten loppumisen. Päähän kohdistuva sädehoito aiheuttaa useimmiten pysyvän kaljuuntumisen. Alavatsan sädehoito voi aiheuttaa pysyvän häpykarvoituksen lähdön ja vaurioittaa merkittävästi emättimen limakalvoja. Hoito johtaa emättimen kuroutumiseen ja seksiä hankaloittavaan ahtautumiseen. Limakalvot ovat myös arpisia ja alueittain tunnottomia. Emättimen ahtautumista voidaan ehkäistä dilatoinnilla, eli laajennuksella. Dilatointi tulisi aloittaa heti kun hoitava lääkäri antaa luvan. Dilatointi sujuu parhaiten

yhdynnöillä, mutta voi olla alkuvaiheessa epämiellyttävä ajatus. Dilatointiin voi käyttää myös tekopenistä tai hieromasauvaa, ja se tulee suorittaa päivittäin. Liukuvoiteen käyttö on välttämätöntä. (Rosenberg 2007, 17 - 18; Apter ym. 2006, 293.)

Solunsalpaajahoidon myötä aiheutuvat sivuvaikutukset kuten väsymys, pahoinvointi ja masennus aiheuttavat seksuaalista haluttomuutta. Useat solunsalpaajat aiheuttavat tilapäisen hiusten ja ihokarvojen irtoamisen, jolloin hoitojen jälkeen hiukset ja muut ihokarvat kasvavat takaisin. Solunsalpaajat aiheuttavat limakalvojen ärtymistä ja kuivumista, sekä kuukautiskierron häiriöitä. Miehillä solunsalpaajat voivat aiheuttaa eriasteisia erektiohäiriöitä ja lapsettomuutta, ja useimmiten oireet katoavat hoidon lopettamisen jälkeen. Syövän hoidosta aiheutuneita erektio-ongelmia hoidetaan samoilla menetelmillä kuin muissakin erektiohäiriöissä, mutta tulokset ovat jonkun verran huonompia. Leikkauksen tai vamman aiheuttamat hermovauriot ovat usein pysyviä, mutta voivat korjautua hitaasti. Erektiokyky voi palautua vielä vuodenkin jälkeen. (Rosenberg 2007, 17, 19; Apter ym. 2006, 295.)

Syövän hoidossa voidaan käyttää myös hormonihoitoa. Hormonihoidossa tavoitteena on lopettaa naishormonin eli estrogeenin, tai mieshormonin eli testosteronin tuotanto, sillä syöpä on usein näistä hormoneista riippuvainen. Hormoneilla on merkittävä asema seksuaalisuudessa, ja siksi myös hormonihoito vaikuttaa merkittäväällä tavalla seksuaalisuuteen. Antiestrogeenihoito voi lopettaa kuukautiset ja aiheuttaa vaihdevuosien alkamisen. Miehillä antiestrogeenihoito vaikuttaa erektiokykyyn ja alentaa seksuaalista kiinnostusta. Lisäksi se voi aiheuttaa rintojen kasvua, hikoilua sekä lihasmassan heikkenemistä. Sekä miehille että naisille hoito voi aiheuttaa masennusta, mielialan vaihtelua, ärtyisyyttä, väsymystä ja painonvaihtelua. Naisten voivat käyttää paikallista estrogeenihoitoa ylläpitämään limakalvojen kuntoa, vaikka muu estrogeenihoito onkin kielletty sairauden hormoniriippuvuuden takia. (Rosenberg 2007, 19; Apter ym. 2006, 293.)

Syövän hoidossa käytetään myös usein kipulääkkeitä, jotka voivat aiheuttaa väsymystä ja kosketustunnon heikkenemistä, jolloin kiihottuminen ja orgasmin saanti vaikeutuu.

Syövän hoidossa voidaan käyttää mielialalääkkeitä lieventämään sairauden aiheuttamaa ahdistusta. Mielialalääkkeiden sivuvaikutuksina voivat olla haluttomuus, erektiohäiriöt, orgasmivaikeudet ja väsymys. (Rosenberg 2007, 19.)

3.2 Sydän- ja verisuonitaudit ja seksuaalisuus

Fyysinen seksuaalinen kiihottuminen perustuu verenkierron lisääntymiseen sukupuolielinten alueella. Erilaiset verenkierron häiriöt aiheuttavat toiminnallisia ongelmia, joista yleisimpiä ovat erektiohäiriöt ja emättimen limakalvojen kuivuus. (Apter ym. 2006, 290.) Akuutin sydäntapahtuman jälkeen suurella osalla miehistä esiintyy toiminnallisia häiriöitä, kuten erektiovaikeuksia, impotenssia, viivästynyttä ejakulaatiota tai seksuaalisen aktiivisuuden ja laadun alenemista. (Vanhanen 2003, 229) Erektiokyky on useimmille miehille miehisyyden mittari. Erektiokyvyn menettäminen voi mullistaa miehisyyttä, vaikka mies ei eläisikään parisuhteessa tai harrastaisi seksiä. Suhteessa eläville huolta aiheuttaa myös se, mitä kumppani tilanteesta ajattelee. On yleistä että mies ei enää lähesty fyysisesti kumppaniaan, ja kieltäytyy kaikesta läheisyydestä. Näin mies välttelee tilannetta, jossa joutuisi myöntämään erektio-ongelmansa. Usein miehet myös olettavat yhdyntöjen olevan erittäin tärkeitä kumppanille, ja kuvittelevat kumppanin suunnittelevan pettämistä. Potilasta kannattaa rohkaista puhumaan avoimesti kumppaninsa kanssa erektion merkityksestä sekä kumppanille että itselle. (Apter ym. 2006, 290.) Akuutin sydäntapahtuman tai ohitusleikkauksen jälkeen huomiota tulisi antaa yhdyntöjen lisäksi myös muille seksuaalisuuden ilmenemismuodoille, kuten läheisyydelle ja hellyydelle. Normaalin sukupuolielämän voi aloittaa ilman suorituspaineita, kun on päästy hyvään hoitotasapainoon, ja kun pelot ja ahdistus on voitettu. (Vanhanen 2003, 229.)

Sydän- ja verisuonitautia sairastavilla uuden sydänkohtauksen ja kivun pelko saattaa johtaa rakastelun välttämiseen. Pelkoa kokee usein sairastuneen itsensä lisäksi myös kumppani. Pelkoa voidaan vähentää ja ehkäistä asiallisella neuvonnalla. Nyrkkisääntönä on, että mikäli henkilö jaksaa nousta kaksi kerrosta portaita kivutta ja väsymättä, ei

rakastelulle ole esteitä. (Apter ym. 2006, 291; Nusbaum ym. 2003 347.) Tutkimusten mukaan sydäntapahtumat rakastelun aikana ovat mahdollisia, mutta harvinaisia. Rakastelu ei ole sydämelle vaarallisempaa kuin muu rasitus. (Vanhanen 2003, 229) Neuvonnassa tulee ottaa huomioon erektion aiempi merkitys. Jos erektion ja yhdynät eivät ole olleet tärkeitä, tavoitteena on neuvonta, jonka avulla ylläpidetään läheisyys suhteessa. Jos erektio ja yhdyntä ovat olleet tärkeitä, pyritään mahdollisimman hyvän lääkityksen löytämiseen. Erektiolääkettä ei tule määrätä ilman keskustelua tilanteesta. Sepelvaltimopotilas voi ottaa nitron tai varata sen saataville ennen rakastelua. (Apter ym. 2006, 290 - 291.)

Akuutin sydäninfarktin vuoksi sairaalahoidossa olleelle potilaalle on annettava myös seksielämää koskevat selkeät kotiohjeet rajoituksineen ja suosituksineen. Asentoehdotuksia hyödyntämällä voidaan vähentää fyysistä rasitusta. (Venhola 2007, 14.) Sydänpotilaan tulee välttää käsi- ja olkavarsiin kohdistuvaa pitkäkestoista rasitusta ja kuormitusta. Lihasten jännittäminen heikentää verenkiertoa ja voi tuottaa kipuja. Tämän välttämiseksi kuormittavuutta tulee vähentää rakasteluasentojen avulla. Asennon muutos voi olla tarpeen myös esimerkiksi ohitusleikkaukseen liittyvän rintakehän arkuuden vuoksi. Väsyneenä ja raskaan suorituksen jälkeen rakastelua tulisi välttää. Myös alkoholin ja raskaan aterian nauttimisen jälkeen rakastelua tulee välttää. Aamulla levon jälkeen on turvallisin aika harrastaa seksiä. Sääntöjen ja varoitusten lisäksi neuvonnassa on hyvä viestittää, että potilas voi ja saa nauttia seksistä, sekä muistuttaa, että ohjeiden tarkoitus on minimoida mahdolliset riskit. (Apter ym. 2006, 291-292.)

3.3 Diabetes ja seksuaalisuus

Seksuaaliongelmien diabeetikoilla koskevat pääasiassa miehiä. Naisilla ongelmat ovat pääasiassa välillisiä, kuten sopeutumisongelmista, stressistä tai masennuksesta johtuvia. Naisten seksuaaliongelmien voivat johtua korkeasta verensokerista joka voi aiheuttaa limakalvojen kuivumista, joka voi johtaa yhdyntäkipuun. Diabeteksen hyvä hoitotasapaino ylläpitää erektiokykyä ja halua. Tupakointi, runsas alkoholin käyttö,

vähäinen liikunta ja epäterveellinen ruokavalio heikentävät hoitotasapainoa, ja altistaa Metaboliselle oireyhtymälle. (Lahti 2007; Whitehouse 2009, 14 - 15)

Diabeetikolla on yleisimmin erektiohäiriöitä ja ne ilmaantuvat aiemmin kuin terveillä henkilöillä. Erektiohäiriön vaikeusasteeseen vaikuttaa ikä, hoitotasapaino ja taudin kesto (Vanhanen 2003, 233). Yleisimmin erektiohäiriö diabeetikolla johtuu pienten verisuonien muutoksista tai neuropatiasta (Royal College of nursing 2000.) Diabeteshoitajan vastaanotolla mies-diabeetikolta olisi hyvä kysyä säännöllisesti erektio-ongelmista. 2- tyypin diabetekseen liittyy usein keskivartalolihavuus. Metabolinen oireyhtymä vaikuttaa seksuaalisuuteen heikentävästi siihen liittyvien sairauksien ja ylipainon vuoksi. (Venhola 2007, 14.)

3.4 Aivoverenkiertohäiriöt ja seksuaalisuus

Aivoverenkiertohäiriöt vaikuttavat monella tapaa sairastuneen toimintakykyyn ja arkielämään. Sairastumisella on vaikutuksia liikkumiseen, syömiseen, pukeutumiseen, hygieniasta huolehtimiseen, sosiaalisiin suhteisiin ja sukupuolielämään. Seksuaalitoimintojen ja sukupuolisen halun muutokset ovat yleisiä neurologisissa sairauksissa. Sairastumisesta seuraa usein kognitiivisia häiriöitä, kuten näkö, - kuulo, - kosketus, - ja asentotuntemusten heikkenemistä. Kommunikaatiokyvyn heikkeneminen ja tyydyttävän kanssakäymisen puute voi vaikuttaa oleellisesti myös sukupuolielämään. (Ritamo & Ryttyläinen-Korhonen & Saarinen 2011, 94 - 95, 97, 98.) Aivohalvaukset muuttavat usein seksuaalikäyttäytymistä niin, että seksuaalisuus vähenee tai ylikorostuu (Venhola 2007, 13). Toiminnallisia häiriöitä aiheuttavat halvaukset, tuntopuutokset sekä motoriikan heikkeneminen. Erektiohäiriöt, siemensyöksyn muutokset, tuntopuutokset, kuivuus sekä kiihottumis-, - ja orgasmivaikeudet ovat yleisiä. Lievissä tapauksissa tilanne voi korjautua lähes ennalleen, mutta vaikeissa tilanteissa on yleensä kysymys pysyvästä muutoksesta. Aivoverenkierronhäiriöt voivat aiheuttaa myös muistin ja persoonallisuuden isoja muutoksia. (Apter ym. 2006, 301.)

Sairauden tuomat muutokset mullistavat minäkuvaa, naiseutta, mieheyttä ja parisuhdetta. Arjesta selviytyminen vaikeutuu ja kuormittaa usein varsinkin sairastuneen puolisoa. Eroottinen hellyys ja seksuaalinen kanssakäyminen ovat vaarassa loppua, kun kumppanista tulee puolisonsa hoitaja. Usein hoitajana toimiva puoliso kokee myös äärimmäistä yksinäisyyttä. (Apter ym. 2006 301.) Aivoverenkierronhäiriöissä sekä sairastuneen että puolison tyytyväisyys seksuaalielämään laskee. Tärkeimmät syyt tyytymättömyydelle ovat haluttomuus ja fyysiset toimintarajoitteet, sekä seksuaalisuudesta puhumisen vaikeus puolison kanssa. Useat parit lopettavat seksuaalisen kanssakäymisen kokonaan, koska pelkäävät sen aiheuttavan uuden sairauskohtauksen. tutkimusten mukaan kyseiselle pelolle ei kuitenkaan ole perusteita. (Liippola & Koskimäki & Roine & Valasti 2004, 10.)

Pahimman kriisin jälkeen, viimeistään kuntoutusvaiheessa on nostettava esille potilaan ja mahdollisen kumppanin elämä miehenä ja naisena. On tärkeää antaa myös omaiselle tilaisuus puhua omista tunteista. Puoliso voi salata tunteitaan, koska kokee syyllisyyttä itsensä ajattelemisesta toisen sairastaessa. (Apter ym. 2006, 301) Aivoverenkierronhäiriöiden aiheuttamat kognitiiviset muutokset tuovat haasteen seksuaalineuvonnalle. Tietoa sairauden vaikutuksista seksuaalisuuteen on hyvä tuoda pieninä määrinä kerrallaan, ja mieluiten kuvien avulla. Kirjallinen materiaali on usein liian haastavaa heti sairastumisen jälkeisessä tilanteessa. (Ritamo ym. 2011, 95)

3.5 Dementia ja seksuaalisuus

Ikääntyessä yhdyntöjen määrä usein vähenee, mutta tunteiden ja kiintymyksen ilmaiseminen kasvaa. Dementoiva sairaus voi muuttaa kykyä ilmaista ajatuksia, tunteita ja seksuaalisia tarpeita. Kuitenkin seksuaalisuus on osa dementoituneenkin ihmisen elämää. (Erkinjuntti & Alhainen & Rinne & Soininen 2006, 584.) Yhteiset seksuaalikokemukset lujittavat parisuhdetta ja tuovat positiivista vaihtelua arkeen. Heikentynyt hygienian hoito ja virtsan karkailu voi vaikuttaa seksuaalisuuden ilmaisemiseen. Yhteiset hellät hetket voidaan ajoittaa suihkun jälkeisiksi, tai ennen

seksuaalista kanssakäymistä voi dementoituneen käyttää vessassa. (Sulkava & Alhainen & Viramonen, 2004.)

Seksuaalinen kanssakäyminen voi muuttua aiempaa päinvastaiseksi. Dementoituneen unihäiriöt voivat vaikuttaa seksuaalisuuteen, kun puoliso ei saa riittävästi unta, tai hän ei voi nukkua dementoituneen kanssa samassa sängyssä. (Härmä & Granö 2011 239.) Dementoituneen puolisolle siirtyy enemmän vastuuta, joka voi vähentää seksuaalisen kanssakäymisen merkitystä parisuhteessa. Dementoitunut henkilö näkee parisuhteen usein myönteisempänä kuin hänen puolisonsa, ja hän ei kykene huomioimaan puolisonsa toiveita ja tarpeita. Sukupuoli-identiteetin tukemisella ehkäistään seksuaalisia käytösoireita. Sopimaton seksuaalinen käytös voi olla merkki jostain muusta kuin käytöshäiriöstä. Esimerkiksi sukupuolielimien koskettelu voi olla merkki virtsaamistarpeesta. Selkeät seksuaaliset käytösoireet eivät ole yleisiä. Loukkaavasta seksuaalisesta käytöksestä voi huomauttaa, ja dementoituneen henkilön huomion voi yrittää suunnata johonkin muuhun. (Erkinjuntti, ym. 2006 585 -5 87.)

3.6 Lääkkeet ja seksuaalisuus

Lääkkeiden aiheuttamia haittavaikutuksia seksuaalisuuteen on vaikea arvioida. On vaikea määritellä mikä on sairauden ja mikä on taas lääkityksen aiheuttamaa muutosta. (Virtanen 2002, 296, 298.) Lääkehoitoa suunniteltaessa tulee miettiä mitä haittaa siitä voi olla potilaan seksuaalisuudelle. Tällöin on hyvä keskustella potilaan seksuaalihistoriasta. Seksuaalisilla haitoilla voi olla vaikutusta myös motivaation käyttäessä lääkitystä. Suurimmalla osalla lääkkeistä ei ole vaikutusta seksuaalisuuteen, ja osalla lääkkeistä voi olla jopa positiivisia vaikutuksia, kuten sukupuolihormoneilla tai sairauden hoitumisen kautta. Hermostoon vaikuttavat lääkkeet haittaavat eniten seksuaalisia toimintoja. Lääkkeiden aiheuttamia haittoja ovat haluttomuus, potenssiongelmat, limakalvojen kuivuminen ja yliseksuaalisuus. Lisäksi lääkkeiden muut haittavaikutukset voivat vaikuttaa ihmisen seksuaalisuuteen. (LIITE 2) Seksuaalisuudesta on tärkeä keskustella potilaan kanssa, ja kysyä miten sairastuminen ja

lääkitys ovat vaikuttaneet seksuaalisuuteen. Mikäli lääkkeestä aiheutuu haittaa seksuaalisille toiminnoille, voi lääkkeen määrää vähentää. Vähentämisellä ei saa kuitenkaan olla vaaraa lääkityksen tehoon. (Vuola 2011, 2493 - 2494, 2496.)

Sydän- ja verenkiertoelimistön lääkkeet ovat suurin lääkeaineryhmä, ja ne eivät pääasiassa aiheuta seksuaalisia ongelmia. Usein ongelmat johtuvat sairauden oireista, eikä itse lääkkeitä. (Vuola 2011, 2494.) Beetasalpaajat aiheuttavat jonkin verran impotenssia. Esimerkiksi propranololi on eri raporttien mukaan aiheuttanut impotenssia 7-17 %:lla potilaista. Kuitenkin kardioselektiivisiä ja heikosti lipidi liukoisia beetasalpaajia käytettäessä impotenssia on ilmennyt vähemmän. Muut sydän- ja verenkiertoelimistön lääkkeet aiheuttavat impotenssia harvoin. (Vanhanen 2003, 230 - 231.) Digoksiinin pitkäaikaisella käytöllä voi olla libidoa ja erektiota heikentäviä vaikutuksia. Gynekomastiaa eli rintojen kasvua voi ilmetä digoksiinia käyttävillä miehillä. (Virtanen 2002, 297)

Hermostoon vaikuttavat lääkkeet eli psykoosi, masennus ja epilepsialääkkeet aiheuttavat usein seksuaaliongelmia. Osa psykoosilääkkeistä voi estää oksitosiinin eristystä. Se säätelee hellyyden ja sitoutumisen tunteita, ja näin ollen voi vaikuttaa parisuhteen syntymiseen. Masennuslääkkeet aiheuttavat usein haluttomuutta ja muita seksuaaliongelmia. Serotoenergiset lääkkeet aiheuttavat haittoja jopa 60 %:lle käyttäjistä. Haittoina ovat yleensä kiihottumisen väheneminen ja seksuaalisten tunteiden laimeneminen, sekä orgasmin ja siemensyöksyn estyminen. Tätä lääkeaineryhmää onkin käytetty nopean siemensyöksyn hoitoon. Muut masennus lääkeaineryhmät vaikuttavat myös seksuaalisiin toimintoihin, mutta eivät niin voimakkaasti. Epilepsialääkkeillä on myös todettu seksuaalisia haittoja niiden vaikuttaessa sukupuolihormonien tasapainoon. Kuitenkin potilas ja lääkäri ovat usein omien huomioiden varassa epilepsialääkkeisiin liittyvien seksuaaliongelmien kanssa. (Vuola 2011, 2494-2495.)

Markkinoilla on useita erilaisia erektiolääkkeitä. Yleisimmin käytetään PD5:n salpaajia. Nämä lääkkeet eivät sovi nitraattien käyttäjille, jolloin vaihtoehtoina ovat apomorfiini ja

ruiskehoito. Naisille ei ole markkinoilla seksuaaliongelmien tarkoitettua lääkettä. Jonkin verran naisilla on käytetty pieniannoksista testosteronivalmistetta. PD5-salpaajat vaikuttavat paisuvaiskudoksessa ja voimistavat paikallisesti verisuonia laajentavien hermoimpulssien vaikutusta. Ne eivät aiheuta erektiota itsestään, vaan tarvitsevat seksuaalista kiihottumista, ja orgasmin jälkeen siitin veltostuu. PD5-salpaajat parantavat erektiota 70 - 85 %:lla. Lääkitys on hyvin siedettyä, ja niiden yleisin haittavaikutus on päänsärky. Muita haittavaikutuksia ovat punoitus, kuumoitus ja nenän tukkoisuus. Sildenafilin (Viagra) ja vardenafiilin (Levitra) vaikutusaika on 4 - 6 tuntia. Tadalafilin (Cialis) vaikutus on jopa 36 tuntia. Tadalafili sopii potilaalle, joka haluaa pitkän vaikutusajan, mutta muuten ei ole merkitystä millä PD5-salpaajalla lääkitys aloitetaan. (Larsen. 2004, 1239 - 1242; Väisälä 2011)

Mikäli PD5-salpaajat eivät sovi potilaalle, voidaan käyttää ruiskehoitoa alprostaatiilia (caverjet). Lääke pistetään suoraan peniksen paisuvaiskudokseen, jolloin erektio syntyy 5-15 minuutin kuluttua, ja se kestää 30 - 60 minuuttia. Haittavaikutuksena on kipu pistokohdassa ja paisuvaisen arpeutuminen. Apomorfiini sopii potilaille, joilla on lievä häiriö, tai joilla on käytössä nitraatti-lääkitys. Apomorfiini on heikkotehoisempi kuin PD5-salpaajat tai ruiskehoito. Vaikutus alkaa 20 - 30 minuutissa ja kestää noin 3-4 tuntia. (Larsen. 2004, 1242 - 1244.)

4 PROJEKTIN TOTEUTTAMINEN

Projekti voidaan määritellä eri näkökulmista, mutta kaikille projekteille on yhteistä että sillä on selkeä tavoite, sitä ohjataan suunnitelmallisesti, sitä varten on perustettu työryhmä tai organisaatio, sillä on selkeä aikataulu, sille on asetettu taloudelliset reunaehdot, ja että etenemistä ja tuloksia seurataan. Jokainen projekti on ainutkertainen, ja sen lopputuloksena on jonkinlainen tuotos esim. opas tai ratkaisu ongelmaan. (Kettunen 2009, 15; Ruuska 2005, 20.) Tämän projektin tuloksena on opas aiheesta seksuaalisuus hoitotyössä. Opas tehdään käytettäväksi Länsi-Pohjan keskussairaalan sisätautien osastojen 4 A ja 5 B hoitajille.

Projektin lähtökohtana voi olla joko asiakkaan tilauksen perusteella aloitettu projekti, tai projektintekijän idean pohjalta aloitettu projekti (Kettunen 2009, 49). Tarkoituksena on kuvata projektin taustalla olevat ongelmat joiden pohjalta projekti on aloitettu, ja siinä kuvataan myös projektin alulle panijat. (Silfverberg 2007, 78.)

Opinnäytetyön suunnittelu aloitettiin keväällä 2011. Aiheeksi valittiin seksuaalisuus hoitotyössä, ja tuotoksena päätettiin koota opas seksuaalisuudesta hoitotyössä. Ajatus aiheesta nousi sisätautien hoitotyön tunnilla, jossa opettaja mainitsi esimerkin ruotsista. Esimerkissä nuori aivoverenkiertohäiriö-potilas ei ollut saanut seksuaaliohjausta, mutta olisi toivonut hoitajien ottavan seksuaalisuuden puheeksi. Tästä nousi huomio seksuaalisuuden vähäisestä käsittelystä hoitotyön opinnoissa. Lisäksi aihe kiinnosti molempia tekijöitä. Opinnäytetyön aihe hyväksyttiin ja ohjaajat valittiin maaliskuussa 2011. Aiheen hyväksymisen jälkeen ensimmäisessä ohjauksessa pyydettiin korjauksia sisällysluettelosta, johdannosta, projektin rajauksesta, liittymistä ja työmenetelmistä.

Teoriaa ja tutkimustietoa aiheesta etsittiin alan kirjallisuudesta, lehdistä ja Internetistä. Teoria- ja tutkimustietoa haettiin yhteistyössä kirjaston informaatikon Anitta Örnin kanssa. Osastot, joille projekti tehdään kartoitettiin ja valittiin. Lupa projektille haettiin Länsi-Pohjan keskussairaaltalta ja osastoilta 4A ja 5B. Osastoille otettiin ensimmäistä kertaa yhteyttä toukokuussa 2011. Yhteyshenkilöiksi tulivat osastojen 4A ja 5B osastonhoitajat. Osa teoriasta kerättiin jo projektisuunnitelmaan. Toisella ohjauskerralla saatiin ohjausta kysymysten asettelun osalta, ja pieniä korjausehdotuksia. Kolmannella ohjauskerralla projektisuunnitelmaan tuli enää pieniä sisältöön liittyviä korjausehdotuksia, sekä sisällön ulkoasun tarkistuksia. Projektisuunnitelman tekovaiheessa opinnäytetyön ohjauksia haettiin kolme kertaa. Projektisuunnitelma lähetettiin takaisin korjausehdotuksineen kaksi kertaa, ennen sen hyväksymistä. Projektisuunnitelman hyväksymisen jälkeen tehtiin esikartoitus, jonka avulla kartoitettiin osastojen toiveita sisällölle. Vastausten pohjalta laadittiin sisältö oppaalle, ja alettiin koota teoriaa.

Teorian kokoaminen oppaaseen tapahtui tammi- helmikuussa 2012. Lähteille asetettiin vaatimus, että ne on 2000- luvulla tehtyjä. Lisäksi haettiin tutkimuksia ja pro gradu töitä luotettavuuden parantamiseksi. Haastavaksi osoittautui teorian tiedon rajaaminen, ja tietyissä aiheissa luotettavan tiedon ja tutkimusten löytäminen. Neljäs ohjauskerta oli projektin tekovaiheessa, jossa saatiin ohjausta aiheen rajaamiseen suhteen. Lisäksi ohjausta käytiin prosessin aikana muutamia kertoja sähköpostin kautta. Ohjauksissa saatiin vinkkejä tiedon hakuun ja lähteisiin. Viimeinen ohjauskerta oli projektin aivan loppuvaiheessa, jonka jälkeen tehtiin pieniä korjauksia sisältöön. Opinnäytetyön ohjauskertoja ohjaajien kanssa kertyi yhteensä kuusi kappaletta. Alun perin opinnäytetyön piti olla valmis tammikuussa 2012, mutta aikataulu-ongelmien vuoksi työn valmistuminen siirtyi kahdella kuukaudella. Opinnäytetyö valmistui maaliskuussa 2012, ja se esitettiin opinnäytetyö seminaarissa toukokuussa 2012. Huhtikuussa 2012 opas esiteltiin ja toimitettiin osastojen käyttöön.

4.1 Projektin aineiston hankinta ja analysointi

Suunnittelu-vaiheessa mietitään mitä projektilla halutaan saavuttaa, ja millä menetelmillä siihen päästään. menetelmiä ovat kyselyt, haastattelut, aiemmat tutkimukset ja tilastot (Karlsson & Marttala 2001, 64). Arvioinnilla selvitetään projektin onnistumista. Se ajoittuu usein projektin toteuttamis- tai päätösvaiheeseen. Sitä voidaan toteuttaa erilaisilla tavoilla. Ennakoarvioinnissa kiinnitetään huomiota projektin riskeihin, sen tavoitteiden tärkeyteen ja tarkoituksenmukaisuuteen. Toimeenpanon aikana arvioidaan projektin toimintatapoja ja organisaation toimintaa. Jälkikäteisarvioinnissa keskitytään projektin tulokseen ja sen vaikutukseen. Arviointia voi olla itse arviointi, tai ulkopuolelta tuleva arviointi. (Paasivaara ym. 2008, 140 - 141.)

Ennen oppaan kokoamista tehtiin esikartoitus (LIITE 1), jonka avulla selvitettiin mitä oppaan sisällöltä toivotaan. Kartoitus tehtiin Länsi-Pohjan keskussairaalan sisätauti osastojen 4 A ja 5 B hoitajille lomakekyselynä. Esikartoituksen ja aiempien tutkimusten

pohjalta koottiin opas. Arviointia tehtiin koko projektin ajan itsearviointina, ja säännöllisissä ohjaustapaamisissa ohjaajien kanssa. Itsearviointia tehtiin projektin tavoitteiden perusteella koko prosessin ajan.

Sisällönanalyysissä on tarkoitus tiivistää kerätty aineisto kadottamatta sen sisältämää informaatiota. Laadullisen aineiston informaatioarvoa pyritään lisäämään analysoinnilla, jolloin hajanaisesta tekstistä luodaan mielekästä, selkeää ja yhtenäistä informaatiota. Aineiston laadullinen prosessointi rakentuu loogisesta päättelystä ja tulkinnasta, jossa aineisto hajotetaan osiin, käsitteellistetään ja kootaan yhteen loogiseksi kokonaisuudeksi. (Tuomi & Sarajärvi. 2009, 108.) Analyysissä on tärkeää, että aineistosta erotetaan samanlaisuudet ja erilaisuudet (Janhonen & Nikkonen. 2003, 23). Kaikkea aineistoa ei pysty hyödyntämään, eikä kaikkea materiaalia ole myös tarpeen analysoida. (Hirsjärvi & Remes & Sajavaara. 2009, 225). Sisällönanalyysin tuloksena voi syntyä esim. käsiteluokituksia tai käsitekartta. Sisällönanalyysin voi jakaa induktiiviseen eli aineistolähtöiseen analyysiin, ja deduktiiviseen eli teorialähtöiseen analyysiin. (Kankkunen & Vehviläinen. 2009, 134.) Sisällönanalyysin vaiheita ovat analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja sen tulkinta, sekä sisällönanalyysin luotettavuuden arviointi (Janhonen & Nikkonen 2003, 24).

Länsi-Pohjan keskussairaalan osastoille 4 A ja 5 B tehtiin *esikartoitus* (LIITE 1) marraskuussa 2011. Lomakkeet vietiin henkilökohtaisesti osastojen osastotunneille. Samalla esiteltiin projektin lähtökohdat ja tarkoitus paikalla olleelle henkilökunnalle. Kysymykset käytiin läpi henkilökunnan kanssa, jolloin hoitajat esittivät mielipiteensä kysymysten vaativuudesta. Vastaamiseen oli aikaa osasto 4A:lla kolme viikkoa, ja 5B:llä kaksi ja puoli viikkoa. Kyselyyn oli mahdollista vastata joko yksin, pareittain tai pienissä ryhmissä. Vastauksia saatiin yhteensä kuusi kappaletta, joista osa oli tehty ryhmässä. Lomakkeita oli yhteensä 40 kappaletta. Osastoilta kysyttiin halukkaita lukemaan opasta ennen sen valmistumista, mutta kukaan ei ilmoittautunut. Sisällönanalyysi vastauksista tehtiin tammikuussa 2012.

Kyselyssä haettiin vastauksia seuraavanlaisiin kysymyksiin. Miten seksuaalisuus tulee esiin hoitotyössä? Millaisista asioista koostuu hyvä seksuaaliohjaus? Millaisissa asioissa tarvitset lisätietoa seksuaaliohjaukseen liittyen? Mitkä asiat tekevät seksuaalisuudesta puhumisesta haastavaa? Mistä aiheista tai sairauksista tarvitset lisätietoa seksuaalisuuteen liittyen?

Vastauksissa nousivat esille sydänsairaudet ja vaikean sairauden aiheuttamat seksuaaliongelmien. Esille nousi myös ujous alastomuuteen liittyen, esimerkiksi pesutilanteissa. Lisäksi yksittäisenä asiana nousi esille muistamaton potilas ja seksuaalisuus.

”Miespotilaat usein kysyvät kuinka pian sydäntapahtumien jälkeen voi aloittaa taas seksipuuhiä. Miehet myös usein huolissaan potenssistaan sairastumisen jälkeen. Naiset ujostelevat joskus suihkupesuja eli eivät ole mielellään lähdössä hoitajan kanssa pesuille.”

Vastausten mukaan hyvä seksuaaliohjaus koostuu asiallisesta, rehellisestä ja avoimesta keskustelusta. Ohjauksen tulisi olla yksilöllistä, luottamuksellista ja tiedollisesti riittävää.

”Avoimesta keskustelusta, jolloin asiakas uskaltaa kysyä mieltä askarruttavia asioita. Luottamus hoitajan vaitioloon on tärkeä.”

”Kaikki osa-alueet huomioon ottaen. Asiallisesta keskustelusta. Tietää mistä puhuu. Joidenkin lääkkeiden vaikutus seksuaalisuuteen.”

Lisää tietoa kaivattiin lääkkeiden vaikutuksesta kykyyn, ja siitä, minne ohjata potilas seksuaalikysymysten tiimoilta. Osa vastaajista ei ollut osannut vastata kysymykseen.

”Lähinnä lääkkeiden vaikutuksesta seksuaalisuuteen, haluttomuuteen ja ”kykyyn”.”

”Kenen puoleen voi pot:n ohjata ellei itse osaa antaa neuvoa. Os:n kiireisessä hektisessä tilanteessa keskustelu-aika on vähäinen ja pot. monesti tarvitsi rauhaa em. asiasta puhumiseen. Vertaistukipot. jos heitä olisi.”

Seksuaalisuus koettiin tabuna ja siitä puhuminen vaikeana, koska se on intiimi asia. Huumorin avulla potilaat peittivät seksuaalisuuteen liittyviä ongelmia, ja hoitajat kokivat huumorin edesauttavana tekijänä seksuaalisuudesta puhumiseen.

”Osastolla on harvoin tilannetta keskustella potilaan kanssa kahdenkesken. Seksuaalisuudesta puhuminen on usein intiimi asia, jota potilas ei ota puheeksi ryhmässä.”

”Asia on edelleen suomalaisille jonkinasteinen tabu. Siitä ei mielellään puhuta, vaan jätetään asiat esim. omanlääkärin kanssa puhuttavaksi jos ongelmia, tai asioista vaietaan kokonaan. Jos asiat ovat hyvin, ei siltikään haluta asiasta keskustella.”

Lisätietoa koettiin tarvittavan homojen, vammaisten ja muistihäiriöisten potilaiden seksuaaliohjauksesta. Tietoa kaivattiin kulttuurien eroista seksuaalisuudessa, sekä aivoverenvuoto- ja syöpäpotilaan seksuaalisuudesta.

”En koe tarvitsevani lisätietoa seksuaalisuuteen liittyvissä aiheissa tai sairauksissa. Mutta lopuksi voisin sanoa, että koska kansainvälistyminen on tälläkin alalla edessä, niin hoitajissa kuin potilaissa, niin tästä eri kulttuurien eroista olisi hyvä ohjeistaa seksuaalisuudessa niin hoitajia kuin potilaita.”

Vastauksista kävi ilmi, että osastojen hoitohenkilökunta kaipaa vielä lisätietoa seksuaalisuudesta. Lisätiedon tarve nousi esille sydän- ja muistisairauksien, aivoverenkiertohäiriöiden ja lääkityksen vaikutuksesta seksuaalisuuteen. Lisääntyvä monikulttuurisuus koettiin tuovan lisää haastetta potilasohjaukseen. Vastauksissa nousi esille seksuaalisuuden arkaluonteisuus.

Vastauksissa esille noussut homoseksuaalisuus rajattiin pois omana kokonaisuutena, koska se ei vaikuta suuresti seksuaaliohjaukseen. Vammaisten seksuaaliohjaus on rajattu pois sen laaja-alaisuuden takia. Muutamissa vastauksissa tuotiin esiin seksuaalisuuden korostuminen tilanteissa, joissa potilaat koskevat hoitajia epäsopivalla tavalla. Seksuaalinen häirintä on rajattu pois jo projektin suunnitteluvaiheessa.

4.2 Projektin tavoite ja tarkoitus

Projektin tavoitteiden tulee olla saavutettavissa ja realistisia. Tavoitteiden asettelu on tärkeä osa projektisuunnitelmaa. Tavoitteet tulee asettaa selkeästi, koska ne antavat perussuunnan projektille. Kun tavoitteet on asetettu selkeästi, on niiden avulla helppo tehdä arviointia. Tavoitteet tulee rajata riittävän hyvin, jotta projekti saadaan pysymään kasassa. Niillä kuvataan parannuksia tai muutoksia joita projektilla voidaan saada aikaan (Silfverberg 2007, 80.) Projekti edetessä on hyvä seurata, että tavoitteessa pysytään (Paasivaara & Suhonen & Nikkilä 2008, 123 - 124).

Projektin tarkoituksena oli tehdä opas seksuaalisuudesta hoitotyössä Länsi-Pohjan keskussairaalaan. Oppaan tavoitteena oli madaltaa kynnystä ottaa seksuaalisuus puheeksi potilaan kanssa, ja lisätä hoitohenkilökunnan valmiutta käsitellä seksuaalisuutta työssään. Lisäksi tavoitteena oli, että seksuaalisuus otettaisiin huomioon jo hoitosuunnitelmaa tehtäessä. Opas on tarkoitettu hoitotyön tueksi osastoille. Hoitaja voi käyttää opasta potilasohjauksen tukena ja tiedonlähteenä.

4.3 Projektin rajaus, liittymät ja organisaatio

Projektisuunnitelmassa tulee kuvata tarkkaan mitä projektissa tehdään ja mitä ei tehdä. Nämä ovat rajoituksia. Niillä voi tarkentaa projektin sisältöä ja tavoitteita. Rajausten

tarkoituksena on helpottaa projektin valmistumista, ja pitää projektin koko aisoissa. Niitä voidaan joutua tarkistamaan projektin edetessä, koska aina ei suunnittelu vaiheessa osasta arvioida projektin laajuutta. (Kettunen 2009, 111 - 112.)

Projektin organisaation malliin ja kokoon vaikuttaa itse projektin koko, sen vaihe ja luonne (Ruuska 2005, 114). Projekti organisaation kuulu projektipäällikkö, ohjausryhmä, projektiryhmä ja asiakas, jotka vastaavat projektin valmistumisesta ja ohjauksesta (Paasivaara ym. 2008, 117). Ohjauksen tarkoituksena on varmistaa tavoitteiden saavuttaminen. Ohjauksessa seurataan tavoitteita, budjettia ja aikataulua. Ohjaus on jatkuvaa, mutta tarkemmin vaiheita käydään läpi säännöllisin väli-ajoin. (Pelin 2009, 303 - 304.)

Työ rajattiin aiheisiin seksuaalisuus hoitotyössä, seksuaalisuuden puheeksi ottaminen ja sairauksien vaikutus seksuaalisuuteen. Projektista jätettiin pois aiheet vanhuus ja seksuaalisuus, koska tavoitteena oli käsitellä seksuaalisuutta sairauksien vaikutuksen näkökulmasta kaikissa ikäluokissa. Tarkoituksena oli käsitellä sairauksista johtuvia ongelmia, eikä itse seksuaaliongelmia. Lisäksi rajattiin aiheen ulkopuolelle lisääntyminen, seksuaalikasvatus ja seksuaalirikokset. Projektin rajausta tarkentui kun esikartoitus osaston henkilökunnalle oli tehty. Osastot 4A ja 5B valittiin, koska osastojen potilailla on paljon pitkäaikaissairauksia, joilla usein on vaikutusta seksuaalisuuteen.

Projektin organisaatioon kuuluvat projektin tekijät Kaisu Myllykoski ja Minna Reis. Yhteistyökumppanina olivat Länsi-Pohjan keskussairaalan sisätautien osastot 4A ja 5B. Yhteyshenkilöinä osastoilla olivat osastonhoitajat Paula Ruotsalainen ja Kirsti Laaksola. Organisaatioon kuuluvat ohjaajat Satu Rainto ja Pirjo Sonntag. Ohjaus tapahtui yhteistyössä ohjaajien kanssa. Projektityön opponoiijina toimii Heli Harju ja Iina Harju.

4.4 Projektin tulosten ja prosessin arviointi

Projektin onnistumista arvioidaan vertailemalle lopputulosta ja työvaiheita projektisuunnitelmaan. Projektin onnistumista arvioidaan valmiin tuotteen ja prosessin näkökulmasta. Mikäli odotukset eivät ole täyttyneet voi ongelma olla huonosti tai epärealistiseksi laadittu. Ongelma voi olla myös projektin tekoprosessissa, johon voi vaikuttaa tekijöiden osaamisen taso. Projektin onnistumista on haastavaa mitata aikataulu ja kustannusarvio on selkeitä mitattavia, mutta valmiin tuotoksen arviointi on mielipidekysymys. (Ruuska 2007, 275-277)

Tuotoksen mittaaminen on haastavaa, koska valmiita mittareita ei ole ja jokainen tuotos on ainutkertainen. Projektin tuloksesta saatavan hyödyn arvioiminen tapahtuu ajan kanssa, kun tuotos on käytössä. Arviointiin vaikuttaa kuka projektia arvio, tilaaja keskittyy aikataulussa ja budjetissa pysymiseen, käyttäjä ja projektin tekijät taas arvostaa tuotoksen käytettävyyttä ja laatua. (Ruuska 2007, 276, 281)

Projektin tuloksena syntyi opas-kansio seksuaalisuudesta hoitotyössä Länsi-Pohjan keskussairaalan osastojen 4A ja 5B hoitohenkilökunnalle. Oppaan aiheita kartoitettiin lomakekyselyn avulla, jotta sen sisältö vastaisi osastojen tarpeita. Lisäksi oppaaseen laitettiin tuoreisiin ja luotettaviin lähteisiin perustuvaa tietoa seksuaalisuudesta ja seksuaaliohjauksesta. Opaskansiosta saatiin mielenkiintoa herättävä lisäämällä kansioon tekijöiden ottamia ja muokkaamia kuvia. Oppaasta haluttiin mahdollisimman selkeä ja ymmärrettävä, joten opasta luetutettiin tekijöiden avopuolisilla ennen sen valmistumista.

Projektityön tekeminen oli tekijöille uusi asia, ja kokemattomuus toi haasteita heti alkuun. Projektin suunnitteluvaiheessa haasteelliseksi osoittautuivat aikataulu,- ja kustannusarvioiden tekeminen. Kopioiden kustannusarvio oli arvioitu ala-kanttiin. Aikataulu venyi muutamalla kuukaudella suunnitellusta. Toisaalta koemme paneutuneemme aiheeseen huolellisemmin kuin siihen on ollut enemmän aikaa.

Projektisuunnitelma tehtiin huolella, ja sen työstämiseen kului pidempi aika kuin odotimme. Huolella tehty projektisuunnitelma selkeytti ja helpotti suuresti itse projektin tekemistä

5 POHDINTA

Tänä päivänä painotetaan hyvin paljon kokonaisvaltaista hoitotyötä. Ihminen on psyykkinen, fyysinen ja henkinen kokonaisuus, joihin sisältyy myös seksuaalisuuden osa-alue. Seksuaalisuuden puheeksi ottamisella jo osastohoito vaiheessa, voidaan ennaltaehkäistä mahdollisia seksuaalisia ongelmia. Meidän näkemyksen mukaan seksuaalisuutta ei huomioida riittävästi hoitotyössä. Tästä lähti ajatus tarpeellisuudesta oppaalle seksuaalisuus hoitotyössä, joka sisältää seksuaalisuuden puheeksiottamisen.

Esikartoituksella halusimme kartoittaa osastojen tarpeita oppaan sisällölle. Viedessämme esikartoituslomakkeita ja esitellessämme aihetta osastoilla, havaitsimme sekä positiivista että negatiivista suhtautumista aiheeseen. Kuitenkin esikartoituslomakkeita analysoidessamme huomasimme lisätiedon tarvetta monilla seksuaalisuuden alueilla. Lomakkeista nousi useita aiheita, jotka jouduimme kuitenkin rajaamaan niiden laajuuden vuoksi pois.

Projektia tehdessämme opimme paljon mitä projektityö on, ja mitä sen tekeminen vaatii. Työlääksi osoittautui yhteisen ajan löytäminen ja projektin työstäminen sovittaminen muuhun koulutyöhön. Haastavaksi osoittautui myös se, miten saada oppaasta mielenkiintoinen ja sen ulkoasusta miellyttävä. Ratkaisimme asian ottamalla ja piirtämällä itse kuvia oppaaseen. Lisäksi saimme apua kurssikaveriltamme Maria Kauppilalta kuvien otossa ja muokkauksessa. Oppaasta haluttiin mahdollisimman selkeä ja ymmärrettävä, joten opasta luetutettiin tekijöiden avopuolisoilla ja toisen tekijän äidillä. Osa lukijoista on hoito-alalla työskenteleviä. Opasta lukeneet henkilöt pitivät opasta helppolukuisena, ymmärrettävänä ja aiheita riittävästi avaavana, myös siinä

tapauksessa, kun aihe ja hoito-ala ovat täysin vieraita. Tietoa kerätessämme koimme haasteellisena tiedon runsauden, ja joissakin aiheissa toisaalta tiedon niukkuuden. Projektisuunnitelmassa tehty selkeä rajausta auttoi meitä pysymään rajatussa aiheessa.

Opimme myös miten moniulotteinen asia seksuaalisuus on, ja miten moni asia voi vaikuttaa seksuaalisuuteen. Projektin työstämisen myötä koimme ammattitaidon kasvaneen. Uskomme tulevaisuudessa hyötyvämmme oppaasta myös itse toimiessamme sairaanhoitajina. Koimme ilahduttavana asiana muualta hoitotyön kentältä tulleen kiinnostuksen projektin aiheesta. Kiinnostusta aiheeseen nousi harjoittelupaikoissa, työpaikoilla sekä selvittäessämme seksuaalineuvonta-palveluita kunnista. Seksuaaliterapeutti Erika Plym ja Tornion kaupungin seksuaalineuvojat ovat pyytäneet opaskansion käyttöönsä.

Haimme ohjausta useita kertoja työskentelyn aikana. Välillä ohjauksessa saatu palaute turhautti ja aiheutti epätietoisuutta, mutta työn edetessä huomasimme saadun palautteen tärkeyden ja tarkoituksen. Tämä ohjasi työtä uuteen suuntaan, ja antoi meille uutta näkökulmaa aiheeseen. Projektisuunnitelman teko oli vaikea prosessi, mutta jälkeenpäin olemme useasti todenneet sen helpottaneen merkittävästi projektin tekoa. Juuri ennen projektisuunnitelman valmistumista, ja aivan projektin lopussa koimme turhautumista ja väsymystä työn etenemisestä. Tauot projektin tekemisen välillä ovat avanneet silmiä ja tuoneet uutta näkökulmaa työlle. Kokonaisuudessaan prosessi on ollut meille antoisa ja opettavainen kokemus sekä ammatillisesti, että henkilökohtaisesti.

Projektityö saatiin onnistuneesti loppuun, ja jatkotutkimushaasteita nousi useitakin. Huomasimme, että monikulttuurisuus ja seksuaalisuus on erittäin laaja aihe, jolle olisi tänä päivänä tarvetta. Kemin alueellakin asuu useita eri kulttuurien edustajia, ja monikulttuurisuus on lisääntynyt paljon lyhyessä ajassa. Esikartoituksessa nousi esille tiedon tarve vammaisen henkilön seksuaaliohjauksesta. Tekijöiden psykiatriaansuuntautuminen toi näkökulmaan myös mielenterveysongelmien vaikutuksesta seksuaalisuuteen. Näin ollen psykiatrisille vuodeosastoille ja avohuoltoon voisi tehdä oppaan psykiatristen sairauksien vaikutuksesta seksuaalisuuteen. Tekemämme oppaan

hyödyllisyydestä voisi tehdä tutkimuksen vuoden tai kahden kuluttua sen käyttöön otosta.

Seksuaalisuuden huomioiminen on osa kokonaisvaltaista hoitotyötä. Seksuaalisuus on yksityinen ja intiimiksi koettu asia, joten siitä keskusteltaessa on muistettava huomioida potilaan yksityisyys. Johtopäätöksenä on se, että aika ja paikka seksuaalisuudesta keskusteltaessa tulee valita huolella ja potilas huomioiden. Lisäksi on hoitajan vastuulla ottaa seksuaalisuus puheeksi potilaan kanssa, jonka jälkeen potilas voi itse päättää haluaako puhua asiasta. Hoitaja on velvollinen antamaan potilaalle ajantasaista ja luotettavaa tietoa. Projektia tehdessämme huomasimme, että hoitohenkilökunta tarvitsee lisätietoa seksuaalisuuteen liittyvissä aiheissa.

5.1 Projektin eettinen pohdinta

Hoitotyössä toiminta perustuu työntekijän omien vakaumusten ja arvojen lisäksi eettisiin ammattisääntöihin, joihin ammattilaiset sitoutuvat sekä yksilöinä, että yhteisönä. Eettisillä ohjeilla säädellään minkä arvojen mukaan ja millä tavoilla ammattikuntaan kuuluvat toimivat ja ottavat vastuuta. Ohjeiden avulla halutaan turvata eettisesti korkeatasoinen hoitotyö, ja suojata haavoittuvassa asemassa olevaa potilasta. Hoitotyöntekijät saavat ohjeista tukea työhönsä ja eettiseen päätöksentekoon. Eettiset ohjeet toimivat työvälineinä, joita käyttämällä on mahdollista ottaa eettinen pohdiskelu osaksi jokapäiväistä työskentelyä. Etiikka ei ole käskyjen antamista ja niiden noudattamista, vaan se on sisäistettyä vastuuta omista päätöksistä. (Ryttyläinen & Valkama, 2010, 44.) Hyvään ammatillisuuteen kuuluu se, että työntekijällä on kykyä ja halua pohtia omia työkäytäntöjä. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 122).

Sairaanhoitajan eettisissä ohjeissa pidetään tärkeänä, että potilaan ihmisarvoa ei loukata, ja että hänen henkilökohtaista vakaumustaan ja yksityiselämäänsä kunnioitetaan. Työntekijän on suhtauduttava neutraalisti asiakkaan elämäntapoihin, seksuaalisuuteen ja

ihmissuhteisiin liittyvään arvomaailmaan. Tällä tavoin työntekijä kunnioittaa erilaisia arvovalintoja. Seksuaaliasioita käsitellään hoitotyössä aina ammatillisesti, ja potilaan seksuaalisuus otetaan huomioon hoitotyön arvojen ja normien mukaan. (Ryttyläinen & Valkama, 2010, 8, 45, 47.)

Suomen seksologinen seura ry on laatinut eettiset periaatteet ja ohjeet seksologian ja seksuaaliterveyden parissa työskenteleville. Ohjeiden tarkoitus on auttaa seksologian ja seksuaaliterveyden alalla työskenteleviä sisäistämään eettisyyden merkitys työssä. Seuran eettiset ohjeet koostuvat kuudesta eri aihepiiristä; Itsemääräämisoikeus, koskemattomuus, luottamuksellisuus, asiakkaan etu, arvoneutraalius ja ammatillisuus. Seuran Eettisissä ohjeissa korostetaan hoitajan vastuuta omasta ammattitaidostaan, ja kykyä tunnustaa oma ammatillinen puutteellisuus. Hoitajan on kyettävä tunnustamaan mahdollinen puutteellinen taitonsa, ja osattava ohjata potilas tarvittaessa parempaan hoitoon. Potilaan elämäntapaan ja seksuaaliseen arvomaailmaan tulee suhtautua kunnioittaen. Potilasta ei saa painostaa omaksumaan jotain tiettyä arvomaailmaa tai käsitystä seksuaalisuudesta. Arvoneutraaliuteen kuuluu myös se, että työntekijä pyrkii tunnistamaan oman arvomaailman vaikutuksia työhönsä. Asiakassuhteen tulee perustua luottamuksellisuuteen, ja työntekijän on noudatettava vaitiolovelvollisuuttaan kaikessa potilaaseen liittyvässä. Työntekijöiden tulee kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta, ja potilasta pyritään tukemaan häntä koskevien päätösten teossa holhoamatta tai ohjailematta vastoin hänen tahtoaan. (Suomen seksologinen seura Ry 2009.)

Seksuaalisuuden huomioiminen on osa kokonaisvaltaista hoitotyötä. Seksuaalisuus voi jäädä sairastuessa taka-alalle, mutta se ei ole koskaan irrallaan ihmisestä. Kokonaisvaltaisuus on yksi eettisyyden osa-tekijä, joten seksuaalisuuden huomioiminen lisää hoitotyön eettisyyttä. Seksuaalisuus on yksityinen ja intiimiksi koettu asia, joten siitä keskusteltaessa on muistettava huomioida potilaan yksityisyys. Aika ja paikka seksuaalisuudesta keskusteltaessa ovat valittava tarkoin ja potilas huomioiden. Hoitajan vastuulla on ottaa seksuaalisuus puheeksi potilaan kanssa, jonka jälkeen potilas voi itse päättää haluaako puhua asiasta. Hoitaja on velvollinen antamaan potilaalle ajantasaista ja luotettavaa tietoa. Mikäli hoitaja ei itse kykene vastaamaan potilaan kysymyksiin, tulee hänen huolehtia, että potilas saa tarvitsemansa tiedon esimerkiksi ohjaamalla

potilaan toisen henkilön puheille. Hoitajan vaitiolovelvollisuudesta on hyvä muistuttaa potilasta, jotta potilas uskaltaa puhuta asioista.

Projektia tehtäessä huomioitiin eettinen työote. Esikartoitusvastaukset kerättiin nimettömästi, ja vastaukset olivat ainoastaan projektin tekijöiden käytössä. Projektia tehtäessä ei käytetty plagiointia, eikä lähteitä vääristelty. Eettisyys otettiin huomioon myös kerättyä tietoa vain luotettavista lähteistä. Opasta koottaessa kysyttiin lupa yhteystietojen julkaisemiseen seksuaaliterapeuteilta ja neuvojilta, joiden tiedot tulivat oppaaseen.

5.2 Projektin luotettavuus

Tuloksen määrittelyn tavoitteena on selvittää millainen projektin lopputulos on. Määrittely on tärkeä vaihe projektisuunnitelmaa, etenkin jos projektin tavoitteet ovat epäselvät, tai projektin tilaaja on ulkopuolinen taho. Siinä tulee käydä ilmi mitä uutta projekti tuottaa, ja lopputulokselle asetettavat vaatimukset. (Kettunen 2009, 51-52.) Selkeällä tuloksen määrittelyllä lisätään projektin luotettavuutta, ja työlle luodaan selkeä päämäärä. Projektissa tuloksena oli opas seksuaalisuudesta hoitotyössä.

Projektissa käytettävien lähteiden tulee olla tuoreita, koska niissä yhdistyy jo aiempi tutkimustieto. Tutkimustieto kehittyy monilla aloilla nopeaa, jolloin tieto vanhenee nopeasti. Lähteiden kirjoittajien tulisi olla omalla alallaan tunnettuja. On myös käytettävä lähdekritiikkiä lähteen luotettavuuden ja puolueettomuuden vuoksi. Ennen lähteiden hakua on tehtävä selkeä aiheen rajausta, joka johdattaa aineiston keräämistä. (Hirsjärvi ym. 2009, 81 113-114.)

Projektin teoreettiseen viitekehykseen käytettiin vain 2000 luvulla tehtyjä lähteitä. Lähteitä löytyi runsaasti, joten tarkka rajaaminen oli tärkeää luotettavuuden

säilyttämiseksi. Lähteiden runsaus lisää luotettavuutta. Lähteinä käytettiin hoitotyön oppikirjojen lisäksi runsaasti tieteellisiä artikkeleita, tutkimuksia ja englannin kielisiä julkaisuja. Lähteitä haettiin useista eri yliopistoista ja ulkomaisista tieteellisistä julkaisuista informaatikko Anitta Örnin avustuksella. Aineistoa vertailemalla saatiin aiheeseen luotettavuutta ja erinlaisia näkökulmia.

Projektin luotettavuutta lisää esikartoitus, jolla kartoitettiin oppaan sisältöä osaston tarpeiden pohjalta. Esikartoitus vastaukset analysoitiin sisällönanalyysin avulla, jonka vaiheet on liitteenä. Opasta on luetettu tekijöiden lähipiirissä oppaan käytettävyyden ja selkeyden varmistamiseksi. Opinnäytetyön ohjausta on hyödynnetty useaan kertaan, jotta mahdolliset virheet tulisivat esiin ja sisällön oikeellisuus varmistuisi. Projektissa on noudatettu Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun laatimia opinnäytetyöohjeita.

LÄHTEET

Aalto, Seija 2002. sairaanhoitaja seksuaaliterveyden edistäjänä sisätauti-kirurgisella vuodeosastolla – Hybridinen käsiteanalyysi, pro gradu- tutkielma. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos.

Apter, Dan & Väisälä, Leena & Kaimola, Kari toim. 2006 Seksuaalisuus. Duodecim, Helsinki.

Bildjuskin, Katriina & Ruuhilahti, Susanna 2010. Puhutaan seksuaalisuudesta: Ammatillisia kohtaamisia sosiaali- ja hoitotyössä. Kirjapaja, Helsinki.

Brusila, Pirkko toim. 2008. Seksuaalisuus eri kulttuureissa. Duodecim, Helsinki.

Esko-Asikainen, Pirkko 2000. Asiakkaan seksuaalisuuden kohtaaminen vuodeosastolla -Hoitajan näkökulma. Hoitotieteen pro gradu tutkielma. Tampereen yliopisto.

Erkinjuntti, Timo & Alhainen, Kari & Rinne, Juha & Soininen, Hilikka toim. 2006. Muistihäiriöt ja dementia. Duodecim, Helsinki.

Hautamäki-Lamminen, Katja & Lehto, Juhani & Åstedt-Kurki, Päivi & Kellokumpu-Lehtinen, Pirkko 2010. Syöpään sairastuminen ja seksuaalisuus: mitä potilaat odottavat seksuaaliohjaukselta. Hoitotiede 22 (4), 282-290.

Hautamäki-Lamminen, Katja & Kellokumpu-Lehtinen, Pirkko & Lehto, Juhani & Aalto, Pirjo & Miettinen, Merja 2008. Potilaiden kokemuksia seksuaalisuudesta ja seksuaalisuuden muuttumisesta syöpään sairastumisen jälkeen. Hoitotiede. 20 (3), 151-165

Hirsjärvi, Sirkka & Remes, Pirkko & Sajavaara, Pauli 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Tammi, Helsinki.

Härmä, Heidi & Granö, Sirpa toim. 2011. Työikäisen muisti ja muistisairaudet. WSOY, pro Oy Helsinki

Iivanainen, Ansa & Syväoja, Pirjo 2008. Hoida ja kirjaa. Tammi, Helsinki

Janhonen, Sirpa & Nikkonen, Merja toim. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2. uudistettu painos. WSOY, Helsinki

Jahrenn, Kristoffersen Nina & Nortvedt, Finn & Skaug, Eli-Anne toim. 2006. Hoitotyön perusteet. Edita, Helsinki

Kankkunen, Päivi & Vehviläinen, Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä. WSOYpro Oy, Helsinki

Karlsson, Åke & Marttala, Anders 2001. Projektkirja: Onnistuneen projektin toteuttaminen. Kauppakaari, Helsinki

- Kettunen, Sami 2009. Onnistu projektissa 2. uudistettu painos. WSOYpro, Helsinki
- Lahti, Hilikka 2007. Hyvä hoitotasapaino, iloisempi mieli, parempi seksielämä. Diabetes 6-7/2007 Tulostettu 03.03.2012 osoitteesta URL: http://www.diabetes.fi/diabetesliitto/lehdet/diabetes-lehden_juttuarkisto/uuu_diabeteksen_hoito/hyva_hoitotasapaino_iloisempi_mieli_parempi_seksielama.html
- Larsen, Andreo 2004. Vanhat ja uudet potenssilääkkeet. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 122 (10), 2004 1239-1246
- Liippola, Päivi & Koskimäki, Juha & Roine, Risto O. & Valasti, Heidi 2004. Aivoverenkiertohäiriöt ja seksuaalisuus: Opas sairastuneille ja puolisoille/kumppaneille sekä ammattihenkilöille. Aivohalvaus ja dysfasia liitto, Turku
- Magnan, Morris A. & Reynolds, Kathleen E. & Galvin, Elizabeth A. 2005. Barriers to Addressing Patient Sexuality in Nursing Practice. Medsurg nursing 14 (5), 282-285
- Nusbaum, Margaret R. H. & Hamilton, Carol & Lenahan, Patricia 2003. Chronic Illness and Sexual Functioning. American family physician 67 (2), 347-354
- Paasivaara, Leena & Suhonen, Marjo & Nikkilä, Juhani 2008. Innostavat projektit. Suomensairaanhoitajaliitto, Helsinki
- Pelin, Risto 2009. Projekti-hallinnan käsikirja. 6. uudistettu painos. Projektijohtaminen Risto Pelin, Helsinki
- Royal College of nursing 2000. Examples of medical conditions that can affect sexuality and sexual function. Tulostettu 03.03.2012 osoitteesta URL: http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0004/184585/000965.pdf
- Ritamo, Maija & Ryttyläinen-Korhonen, Katri & Saarinen, Saana toim. 2011. Seksuaalivoukon tueksi. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tulostettu osoitteesta 02.04.2012 URL: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/638fa3f5-4df4-4dc8-86e9-37e0d9db7a9c>
- Rosenberg, Leena 2007. Syöpä ja seksuaalisuus. Suomen syöpäpotilaat, Helsinki
- Ruuska, Kai 2005. Pidä projekti hallinnassa: Suunnittelu, menetelmät, vuorovaikutus 5. uudistettu painos. Talentum, Helsinki.
- Ruuska, Kai 2007. Pidä projekti hallinnassa: Suunnittelu, menetelmät, vuorovaikutus 6. tarkistettu painos. Talentum, Helsinki
- Ryttyläinen, Katri & Valkama, Sirpa 2010. Seksuaalisuus hoitotyössä. Edita, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2000. Seksuaaliterveys ja terveydenhoitaja. Oy Edita Ab, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2007. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen Toimintaohjelma 2007–2011 Helsinki. Tulostettu 04.04.2011 osoitteesta URL:

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3584.pdf&title=Seksuaali_ ja_lisaantymisterveyden_edistaminen_fi.pdf

Silfverberg, Paul 2007. Ideasta projektiksi: Projektin vetäjän käsikirja. Edita, Helsinki

Sulkava, Raimo & Alhainen, Kari & Viramonen, Petteri 2004. Vaikea dementia- opas potilaan läheisille. Tulostettu 03.03.2012 osoitteesta URL: http://www.dementiahoitoyhdistys.fi/modules/doku/files/25/Vaikea_dementia_laheisille.pdf

Suomen seksologinen seura Ry 2009. Seksologian ammattietiikan ohjeisto. Helsinki. Tulostettu 26.4.2011 osoitteesta URL: <http://www.seksologinenseura.fi/index.cfm?sivu=56>

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5.uudistettu painos. Tammi, Helsinki

Vanhanen, Hannu 2003. Sydän- ja verisuonisairaudet diabetes ja seksuaalisuus. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 119 (3), 229-234

Venholta, Mia 2007. Sairaudet ja seksi lehdestä. Yleislääkäri 22 (2), 13-18

Vilkkä, Hanna 2010. Sukupuolen ja seksuaalisuuden kohtaaminen. PS kustannus, Jyväskylä

Virtanen, Jukka 2002. Kliininen seksologia. WSOY, Helsinki

Vuola, Tapani 2011. Seksuaalisuuteen liittyvät lääkkeiden haittavaikutukset. Lääkärilehti 66 (35), 2493-2496

Väisälä, Leena 2011. Miten lääkäri voi tukea potilaan seksuaalisuutta? Suomen Lääkärilehti 66 (35), 2505-2512

Whitehouse, Christina R. 2009. Sexuality in the Older Female With Diabetes Mellitus –

LIITTEET

Hei!

Olemme opiskelijoita Kemi-Tornion ammattikorkeakoulusta. Opiskelemme hoitotyön koulutusohjelmassa, ja olemme tekemässä opinnäytetyötä seksuaalisuudesta hoitotyössä. Seksuaalisuus on tärkeä osa ihmisyyttä ja haluaisimme lisätä opiskelijoiden ja hoitajien tietoutta seksuaalisuuden tärkeydestä hoitotyössä.

Teemme oppaan seksuaalisuudesta hoitotyössä Länsi-Pohjan keskussairaalan osastojen 4 A ja 5 B hoitajien ja opiskelijoiden käyttöön. Lomakkeen avulla haluamme kerätä teiltä ideoita ja näkemyksiä, joiden pohjalta rakennamme oppaan sisältöä. Lomakkeiden sisältö tullaan käsittelemään luottamuksellisesti ja nimettömänä.

Palauta kyselylomake kirjekuoressa osastonhoitajalle... mennessä.

Kiitos avustanne!

Minna Reis 044-3633419 *minna.reis@edu.tokem.fi*

Kaisu Myllykoski 044-2954395 *kaisu.myllykoski@edu.tokem.fi*

1. Miten seksuaalisuus tulee esiin hoitotyössä?

2. Millaisista asioista mielestäsi koostuu hyvä seksuaaliohjaus?

3. Millaisissa asioissa koet tarvitsevasi lisää tietoa seksuaaliohjaukseen liittyen?

4. Mitkä asiat tekevät seksuaalisuudesta puhumisesta haastavaa?

5. Mistä aiheista/sairauksista koet tarvitsevasi lisätietoa seksuaalisuuteen liittyen?

Alentunut seksuaalinen halu

Verenpainetta alentavat lääkeaineet

- * amiloridi
- * klooritalidoni
- * klonidiini
- * guanetidiini
- * metyylidopa
- * propranololi
- * reserpiini
- * spironolaktoni

Masennuslääkkeet

- * bupropioni
- * klomipramiini
- * imipramiini
- * fluoksetiini

Muut psyykenlääkkeet

- * alpratsolaami
- * buspironi
- * klooripromatsiini
- * flufenatsiini
- * diatsepaami
- * oksatsepaami

Muut lääkkeet

- * danatsoli
- * digoksiini
- * etinyyliestradioli
- * ketokonatsoli
- * metadoni
- * niasiini
- * antiandrogenit
- * LHRH-analogit

Lisääntynyt seksuaalinen halu

- * danatsoli
- * levodopa
- * fysostigmiini
- * tratsodoni

Seksuaalisen halun vaihtelu

- * proklooriperatsiini

Seksuaalisten impulssien hallinnan heikkeneminen

- * propofoli

Naisen orgasmin häiriintyminen

- * klonidiini
- * diatsepaami
- * imipramiini
- * metadoni
- * metyylidopa
- * feneltsiini
- * antiestrogenit
- * LHRH-analogit

Orgasmin ja miehillä myös siemensyöksyn hallinnan häiriintyminen

Verenpainetta alentavat lääkkeet

- * klonidiini
- * guanetidiini
- * labetaloli
- * metyylidopa
- * fenoksibentsamiini
- * reserpiini

Masennuslääkkeet

- * amoksapiini
- * desipramiini
- * doksepiini
- * fluoksetiini
- * imipramiini
- * feneltsiini
- * sertraliini
- * tratsodoni
- * trimipramiini
- * venlafaksiini

Muut psyykenlääkkeet

- * alpratsolaami
- * barbituraatit
- * buspironi
- * klooridiatsepoksidi
- * klooripromatsiini
- * klomipramiini
- * flufenatsiini
- * haloperidoli
- * perfenatsiini
- * toridatsiini

Muut lääkkeet

- * baklofeeni
- * isotretinoiini
- * metadoni
- * metrotreksaatti
- * naprokseeni

(Virtanen 2003, 302)

Erektiohäiriö	Muut psyykelääkkeet	Priapismi
<i>Verenpainetta alentavat lääkkeet</i>	* buspironi	* buspironi
* amiloridi	* klooripromatsiini	* klooripromatsiini
* atenololi	* klomipramiini	* flufenatsiini
* klooritalidoni	* flufenatsiini	* hepariini
* klonidiini	* haloperidoli	* hydraalatsiini
* diltiatseemi	* litiumi	* labetaloli
* enalapriili	* meprobamaatti	* mesoridatsiini
* guanetediini	* pimotsidi	* omepratsoli
* hydroklooritiatsidi	* sulpridi	* perfenatsiini
* imdapamidi	* tioridatsiini	* pratsosiini
* labetaloli	Muut lääkkeet	* proklooriperatsiini
* metyyldopa	* asetatsolamidi	* risperidoni
* nifedipiini	* karbamatsepiini	* tamoksifeeni
* pindololi	* simetidiini	* testosteroni
* pratsosiini	* klofibraatti	* tioridatsiini
* propranololi	* dikloorifenamidi	* tratsodoni
* reserpiini	* digoksiini	* trifluoperatsiini
* spironolaktoni	* disopyramidi	
Masennuslääkkeet	* famotodiini	
* amoksapiini	* fenfluramiini	
* bupropioni	*	
* desipramiini	hydroklooritiatsidi	
* imipramiini	* ketokonatsoli	
* nortriptyliini	* metadoni	
* paroksetiini	* metatsolamidi	
* fenelstiini	* noretidroni	
* venlafaksiini	* fenobarbitaali	
	* fenytoiini	
	* primidoni	
	* ranitidiini	
	* antiandrogeenit	
	* LHRH-analogit	

(Virtanen 2003, 303)

1186/4

KEMI-TORNION AMMATTIKORKEAKOULU

SOPIMUS

Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun terveyden toimiala ja alla mainittu toimeksiantaja sopivat tällä sopimuksella opiskelijatyönä tehtävän opinnäytetyön tekemisestä alla mainituin ehdoin.

TOIMEKSIANTAJATIEDOT

Toimeksiantajan nimi ja osoite: Länsi-Pohjan keskussairaala, Kauppakatu 25
94100 KEMI

Yhdysenkilö/työelämäohjaaja: Paula Puolakka paula.puolakka@lpshp.fi puh. 016-243465

Yhdysenkilön/työelämäohjaajan yhteystiedot: Paula Ruotsalainen
paula.ruotsalainen@lpshp.fi puh. 016-243523

OPPILAITOSTIEDOT

Oppilaitoksen nimi ja osoite: Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu, terveysalan toimipiste,
Meripuistokatu 26, 94100 KEMI

Opinnäytetyön tekijä(t) ja yhteystiedot: Minna Reis puh. 0443633419
minna.reis@edu.tokem.fi ja Kaisu Myllykoski 0442954395 kaisu.myllykoski@edu.tokem.fi

Opinnäytetyön ohjaava(t) opettaja(t) ja yhteystiedot:

Pirjo Sonntag pirjo.sonntag@tokem.fi ja Satu Rainto satu.rainto@tokem.fi

OPISKELIJATYÖNÄ TEHTÄVÄN OPINNÄYTETYÖN TIEDOT

Opinnäytetyön nimi/aihe: Seksuaalisuus hoitotyössä

Työn aikataulu: Opinnäytetyö valmis tammikuussa 2012

Opinnäytetyöstä aiheutuvista kustannuksista vastaa: Tekijät

Työn tulosten tekijänoikeuksista ja hyödyntämisestä sovitaan seuraavaa:
Tekijänoikeudet säilyvät tekijöillä. Oikeus hyödyntää opinnäytetyön sisältöä on Kemi-Tornion AMK:n terveysalan opettajilla, sekä osastojen 5b ja 4a hoitohenkilökunnalla.

Tulosten salassapidosta sovitaan seuraavaa: Esikartoituksen vastaukset käsitellään anonyymisti.

Työn ohjaajina toimivat: Pirjo Sonntag ja Satu Rainto

TOIMEKSIANTAJAN OPINNÄYTETYÖSTÄ MAHDOLLISESTI MAKSAMA KORVAUS

Korvaussumma: -

Korvauksen saaja: -

Korvauksen maksun ajankohta: -

Jos tähän sopimukseen tulee muutoksia, on se jokaisen osapuolen uudelleen hyväksyttävä ja allekirjoitettava.

Tämä sopimus on tehty _3_ kappaleena, yksi jokaiselle sopijaosapuolelle.

Paikka: Kemi

Aika: 29.9.2011

Pirjo Sonntag

Satu Rainto

AMK:n edustaja

Toimeksiantajan edustaja

Minna Reis

[Signature]

Opiskelija

Opiskelija

Liite. Opinnäytetyön tutkimussuunnitelma

VALMIIN TYÖN PYYDÖMME SAADA KÄYTTÖKÄÄ!

